

Regierungspräsidium Kassel

Dezernat 11

Personalnummer: _____

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname des/der Vollmachtgeber/in

Geburtsdatum

Anschrift

V o l l m a c h t

an

Name, Vorname der bevollmächtigten Person

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon / Telefax / e-mail / Mobiltelefon

Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen Versorgungsangelegenheiten gegenüber dem Regierungspräsidium Kassel zu vertreten.

Der Schriftverkehr soll direkt mit der/dem Bevollmächtigten geführt werden

ja nein

Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in

Unterschrift des/der Bevollmächtigten