Beihilfenummer:_____ Datum:_____

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Angaben zur Person:

_____

Name, Vorname

_____

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

VOLLMACHT

Hiermit erteile ich

_____

Frau/Herrn (Name, Vorname), Geburtsdatum

_____

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

die Vollmacht, mich bis auf Widerruf gegenüber der Bezirksregierung Düsseldorf – Dezernat 23 – Beihilfestelle in allen Beihilfeangelegenheiten rechtsverbindlich zu vertreten.
Die Bescheide der Beihilfestelle bitte ich an die Bevollmächtigte bzw. den Bevollmächtigten zu übersenden.

_____

Unterschrift