
Name, Vorname

Geschäftszeichen

Geburtsdatum

**ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64**

20509 Hamburg

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Frau / Herrn _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

sämtliche Beihilfeangelegenheiten für mich zu regeln.

Die Korrespondenz soll weiterhin mit mir geführt werden.

Ort und Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Wichtiger Hinweis

Ist die Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist eine entsprechende ärztliche Bescheinigung erforderlich.