

\_\_\_\_\_  
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.