
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.

Bitte beachten Sie, dass bei Bediensteten die Beihilfefestsetzungen aus Kostengründen grundsätzlich mit der Behördenpost zugestellt 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.