

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname | geb. am |
| Anschrift | |
| Beihilfenummer | Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input type="checkbox"/> |

**Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold**

Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

| | |
|--|-----------------|
| Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn | |
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Tel.-Nr.* | E-Mail-Adresse* |
| mit der Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten | |
| Die/Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis: | |
| Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit der zuständigen Beihilfestelle zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben. Soll sich die Bevollmächtigung auch auf den Überweisungsweg erstrecken, ist eine Vollmacht zur Änderung des Überweisungsweges erforderlich (siehe nächste Seite). | |
| Der Schriftverkehr soll weiterhin über meine Anschrift erfolgen ab sofort über die oben angegebene Anschrift der/des Bevollmächtigten erfolgen. | |

| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname) |
|-------|---|

| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname) |
|-------|---|

| | |
|--|-----------------|
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Beihilfenummer | |
| VOLLMACHT <u>zur Änderung des Überweisungsweges von Beihilfezahlungen</u> | |
| Hiermit erteile ich Frau/Herrn | |
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Tel.-Nr.* | E-Mail-Adresse* |
| die Vollmacht, Änderungen des Zahlungs-/Überweisungsweges meiner Beihilfen zu veranlassen. | |

| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname) |
|-------|---|

| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname) |
|-------|---|

* diese Angaben sind freiwillig