


Bitte reichen Sie - insofern erforderlich - eine Kopie dieser Vollmacht beim Geschäftsbereich A ein.

	Personal- / Versorgungs- / Abrechnungsnummer
---	--

Hiermit bevollmächtige ich die nachfolgende Person, in meinem Namen Beihilfen und Abschlagszahlungen zu beantragen, alle anderen erforderlichen Erklärungen abzugeben und die in Beihilfeangelegenheiten anfallenden Schreiben und Unterlagen entgegenzunehmen. Dies gilt auch für den Abrechnungsbereich A und P1 der Performa Nord.

**Vollmachtgeber**

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Bevollmächtigter**

Firma

Name

Vorname

Anrede

Herr

Frau

Straße

Hausnummer

Ort

PLZ

Land

Telefonnummer

Mobilnummer

Bisherige Vollmachten werden hiermit widerrufen.

Die Vollmacht gilt ab folgenden Datum:

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beihilfeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bevollmächtigten