Angaben zum/zur Beamten/in / Versorgungsempfänger/in:
ZBB-Personalnummer
Sachb.-Nr.
DST
Name, Vorname
Geburtsdatum
E-Mail
Telefon

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich	
☐ Frau ☐ Herrn Name, Vorname	
Anschrift	Tel.-Nr.:
mit der Regelung meiner ☐ Besoldungsangelegenheiten. ☐ Versorgungsangelegenheiten.	
Die/Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:	
☐ Ehepartnerin/Ehepartner ☐ Kind ☐ sonstiges Verwandtschaftsverhältnis ☐ keine Verwandtschaft.	
Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit der Zentralen Bezügestelle des Landes Brandenburg zu führen, Anträge zu stellen, Bescheide in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich ergebenden Pflichten (z. B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen. Die Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.	
Bescheide und Abrechnungen sind zu senden an: ☐ den/die Vollmachtgeber/in ☐ die bevollmächtigte Person.	

Unterschrift (Vor- und Nachname) des/der Vollmachtgebers/in **Handschriftliche Unterschrift erforderlich!**	Datum
Unterschrift (Vor- und Nachname) des/der Bevollmächtigten **Handschriftliche Unterschrift erforderlich!**	

DRUCKEN | Alle Eingaben löschen