

| | | | |
|---------------|----------|------------|---|
| Name, Vorname | | | geb. am: |
| Anschrift | | | |
| Sachb.-Nr.: | DST-Nr.: | Pers.-Nr.: | Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> |

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Vollmacht

| | |
|---|-----------|
| Hiermit bevollmächtige ich | |
| Name, Vorname | |
| Anschrift | Tel.-Nr.: |
| mit der Regelung meiner <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Versorgungsangelegenheiten Besoldungs-/Vergütungsangelegenheiten </div> Beihilfeangelegenheiten | |
| Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis: | |
| Kind sonstiges Verwandtschaftsverhältnis keine Verwandtschaft. | |
| 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. | |
| Bescheide und Abrechnungen sind zu senden an: <div style="text-align: right;">die bevollmächtigte Person.</div> | |

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

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