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

Performa Nord

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 Abrechnugnsbereich 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