



Bundesanstalt für Post und Telekommunikation
Deutsche Bundespost Versorgung
Postfach 15 01 64
60061 Frankfurt

Erteilung einer Vollmacht

Vollmachtgeber/in:

Name:	Vorname:	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Personalnummer:	Telefonnummer:	

Hiermit bevollmächtige ich die nachstehende Person, mich gegenüber der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation in allen Versorgungsangelegenheiten zu vertreten.

Bevollmächtigte(r):

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift (Str, PLZ Ort): _____
Telefonnummer: _____

Vom nächstmöglichen Zeitpunkt sollen die Bezugsmittelungen und sonstiger Schriftwechsel an den o. a. Bevollmächtigten gesandt werden.

Die Vollmacht berechtigt nicht zur Unterbevollmächtigung. Sie gilt bis auf Widerruf.

(Ausstellungsort und Datum)

(Unterschrift bzw. Handzeichen des Vollmachtgebers)