
Name, Vorname

geb. am

Anschrift

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen

Hochsauerlandkreis
Der Landrat
Fachdienst 14
59870 Meschede

Vollmacht zur Regelung meiner

Versorgungsangelegenheiten

Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich Frau/ Herrn

Name, Vorname

Anschrift

Mit der Regelung meiner Versorgungsangelegenheiten Beihilfeangelegenheiten

Die/ Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:

Die/ Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit dem Hochsauerlandkreis zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich aus meinem Verhältnis als Versorgungsempfänger/in ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflicht) wahrzunehmen. Dies gilt auch für den Schriftverkehr mit der Westfälisch-Lippischen Versorgungskasse in Münster.

Der Schriftverkehr soll

weiterhin über meine Anschrift erfolgen.

ab sofort über die oben angegebene Anschrift der/ des Bevollmächtigten erfolgen.

Datum

Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname)

Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname)