

Name und Anschrift

Datum

Schulamt
für die Städteregion Aachen
Beihilfestelle
Zollernstr. 10
52070 Aachen

Vollmacht

Hiermit erteile ich

Herrn/Frau -----

(Name, Vorname, Geb. Datum, Adresse)

die Vollmacht, mich bis auf Widerruf gegenüber der Beihilfestelle beim Schulamt für die Städteregion Aachen in allen Beihilfeangelegenheiten rechtsverbindlich zu vertreten.

D. Bevollmächtigte zeichnet wie folgt:

(eigenhändige Unterschrift
Bevollmächtigte/r)

(eigenhändige Unterschrift
Beihilfeberechtigte/r)