



VOLLMACHT

_____ Ich, (Nachname)	_____ (Vorname)
_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Telefon	_____ Matrikelnummer

Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin

erteile hiermit eine Vollmacht an

_____ (Nachname)	_____ (Vorname)
_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Telefon	

Bevollmächtigte Person

Die o.g. Person wird von mir bevollmächtigt, meine Interessen gegenüber der Hochschule für Gesundheit im Rahmen der Abholung meiner Abschlussdokumente wahrzunehmen.

Der Vollmacht sind außerdem Kopien

- des gültigen Personalausweises des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin **sowie**
- des gültigen Personalausweises der bevollmächtigten Person

beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin