



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 Anmeldung zur Staatlichen Prüfung 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