

VOLLMACHT

Ich, (Nachname)

(Vorname)

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

Matrikelnummer

Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin

erteile hiermit eine Vollmacht an

(Nachname)

(Vorname)

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

Bevollmächtigte Person

Diese Person wird von mir hiermit bevollmächtigt meine Interessen gegenüber der Hochschule für Gesundheit im Rahmen der Antragsstellung zur Prüfungszulassung für die Staatliche Prüfung wahrzunehmen. Die bevollmächtigte Person muss sich durch ihren Personalausweis ausweisen können.

Der Vollmacht ist außerdem eine Kopie des gültigen Personalausweises des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin beizufügen.

Bei der Kopie ist Vor- und Rückseite des Ausweises auf eine Seite zu kopieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin