

Vollmacht zur Annahme eines Fahrtkostenzuschusses

Vollmachtgeber*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

Vollmachtnehmer*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

Eventuell 2. Vollmachtnehmer*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, der/die Vollmachtgeber*in, dass der/die oben genannte/n Vollmachtnehmer*in/nen bevollmächtigt ist/sind, die Annahme des Fahrtkostenzuschusses der bvmd über das Dokument "Annahmeerklärung zur Förderzusage (unter Vorbehalt)" vorzunehmen.

Ort, Datum

Originale Unterschrift Vollmachtgeber*in

Hinweis:

Die Vollmacht wird nur akzeptiert, wenn sie im Original unterschrieben wurde. Elektronische Unterschriften werden nicht akzeptiert. Die Vollmacht kann entweder direkt mit dem FKZ-Antrag oder auch erst zusammen mit der Annahmeerklärung eingereicht werden.

Diese Spalte wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt.

Vollmacht

eingegangen am

**Im Original zu unterschreiben!
(keine digitale Unterschrift)**

Per Post zu verschicken an:

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin