



Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen
PFB/Versorgung
Postfach
48135 Münster

Vollmacht – Versorgung

Persönliche Daten Vollmachtgeber/in

Name, Vorname

Personalnummer

/

Telefonnummer

Anschrift

E-Mail

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer

Der/die Bevollmächtigte/r soll mich in allen Versorgungsangelegenheiten vertreten und den nötigen Schriftverkehr führen.

Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen.

Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tode sondern durch meinen Widerruf oder den Widerruf der Erben.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bevollmächtigte/r

Formulare und Informationen zu den Versorgungsbezügen finden Sie auf der www.bav.bund.de.