



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](http://www.bav.bund.de).