

<b>Stadorfer Hilfen</b> für Menschen mit einer Behinderung <b>gGmbH</b>	<b>Vollmacht</b> gegenüber Ämtern und Behörden	<b>QM Handbuch</b> Seite: 1/1 Stand: 21.03.2023
	Stadorfer Hilfen gGmbH Alewinstraße 15, 29525 Uelzen	

**Hiermit bevollmächtige ich:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**die Mitarbeiter der Stadorfer Hilfen gGmbH alle notwendigen Tätigkeiten die zur Ummeldung für mein Kind / Betreute/n**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**notwendig sind in meinem Auftrag durchzuführen.**

**Diese Vollmacht gilt so lange, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird und bedarf nicht der jährlichen Erneuerung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten/ ges. Betreuers