

Vollmacht

GZ.: _____

Hiermit bevollmächtige ich:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort : _____

Frau: Herr:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

mich in den Angelegenheiten gegenüber

Kreis Steinfurt, Amt für Soziales und Pflege, Tecklenburger Straße 10, 48565 Steinfurt

Schwerbehindertenrecht (SGB IX)

ohne Einschränkungen zu vertreten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift **Vollmachtgeber:** _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift **Bevollmächtigter:** _____