

**Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber**

Familienname, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	Beihilfenummer	Geburtsdatum
Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		

Zentrale Scanstelle Beihilfe  
32746 Detmold

# Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

für das Competence Center Beihilfe der Landeshauptstadt Düsseldorf

**Hiermit bevollmächtige ich**

1 – Familienname, Vorname

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

---

2 – Familienname, Vorname

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

---

in meinem Namen Beihilfen und Abschlagszahlungen zu beantragen, alle hierzu erforderlichen Erklärungen abzugeben und die in Beihilfeangelegenheiten anfallenden Schreiben und Unterlagen entgegenzunehmen. Die Vollmacht schließt die Befugnis zu Entgegennahme der Beihilfen und Abschlagszahlungen ein.

Zahlungen sind auf das folgende Konto zu leisten:

bestehendes Konto für die Auszahlung der Beihilfe

folgendes anderes Konto

Geldinstitut mit Ortsangabe	IBAN	BIC
Kontoinhaberin/Kontoinhaber		

Jede beziehungsweise jeder der Bevollmächtigten ist berechtigt, ohne Mitwirkung der oder des anderen Bevollmächtigten zu handeln. Bei einander widersprechenden Anträgen mehrerer Bevollmächtigter soll der Antrag desjenigen gelten, der von der zeitlichen Reihenfolge her als erster gehandelt hat.

Ort, Datum	Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers (Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter)
------------	--

Die bevollmächtigte(n) Person(en) zeichnet/zeichnen:

ZU 1 – Ort, Datum	Unterschrift der/des 1. Bevollmächtigten
ZU 2 – Ort, Datum	Unterschrift der/des 2. Bevollmächtigten