

<input type="checkbox"/> Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer		
	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Anschrift	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer

Landesamt für Finanzen
 Mecklenburg-Vorpommern
 Postfach 1225
 17222 Neustrelitz

Vollmacht zur Regelung meiner Dienstunfallfürsorgeangelegenheiten

zum anerkannten vorläufig anerkannten

Dienstunfall vom.....

Ich bevollmächtige Frau/Herrn _____ geborene _____

geb. am _____ wohnhaft in _____

mich in allen Angelegenheiten bezüglich der Kostenerstattung im Rahmen der Dienstunfallfürsorge beim Landesamt für Finanzen M-V, Schloßstraße 7, 17235 Neustrelitz zu vertreten.

Die/Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:

B Ort, Datum _____

 Unterschrift der/des Beamten
 (Vor- und Nachname)

 Unterschrift der/des Bevollmächtigten
 (Vor- und Nachname)

