Postvollmacht in Berufssprachkursen

|  |
| --- |
| Bundesamt für Migration und Flüchtlinge  **- bitte auswählen -** |

Postvollmachtgebende/r

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Herr  Frau | Personenkennziffer (soweit bekannt)  **%person.student\_deufoev\_pkz%** | BAMF-Kursnummer (soweit bekannt)  **%course.course\_deufoev\_kennung%** |
| Name  **%nachname%** | Ggf. Geburtsname  **%person.alt\_last\_name%** | Vorname  **%vorname%** |
| Geburtsdatum  **%geburtsdatum%** | Straße/Hausnummer  **%strasse%** | Postleitzahl / Ort  **%plz% %ort%** |

Hiermit bevollmächtigte ich den unten aufgeführten Kursträger, alle an mich gerichteten Schriftstücke während meiner Kursteilnahme in meinem Namen in Empfang zu nehmen. Dies betrifft insbesondere die Ausgangs- bzw. Widerspruchsbescheide, welche im Rahmen der Verordnung über die berufsbezogene Deutschsprachförderung (DeuFöV) ergehen.

Bevollmächtigter Kursträger

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kursträgers  **%wir%** | Trägernummer  **%tkz\_berd%** |
| Straße / Hausnummer der Schulungsstätte  **%course.room.street%** | Postleitzahl / Ort der Schulungsstätte  **%course.room.zip% %course.room.town%** |

**Die erteilte Postvollmacht erlischt, sobald diese widerrufen wird.**

**Postvollmachtgebende/r**

**%hier%** **%heute%**

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende

**Bevollmächtigte/r**

**%hier%** **%heute%**

Ort, Datum Unterschrift /Stempel Kursträger