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