Vollmacht Nr. _____

Die Vollmacht wird erteilt von:

Name: _____ Vollmachtgeber

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tafelausweisnummer: _____ Gültig bis: _____

für:

Name: _____ Vollmachtinhaber

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Die Vollmacht wird

☐ einmalig

☐ für den Zeitraum von: _____ bis _____

aus folgenden Gründen

☐ Arztbesuch/ Facharztbesuch/ Krankheit [1]

☐ Vorübergehende Beschäftigung/ Nebenjob/ AGH/ unregelmäßige Arbeitszeit [1] [2]

☐ Termin im Jobcenter/ Vorstellungsgespräch [1] [3]

☐ Pflege kranker/ behinderter Familienangehöriger [1]

☐ Behinderung des Vollmachtgebers [4]

erteilt.

Die Gültigkeit der Vollmacht wird auf Wunsch des Vollmachtgebers zum _____ aufgehoben.

_____ (Unterschrift Vollmachtgeber)

Die Vollmacht verliert ihre Gültigkeit sofort zum oben genannten Termin oder bei Missbrauch.

Missbrauch liegt vor:

- wenn eine nicht in der Vollmacht genannte Person bei der Tafel vorstellig wird
- wenn die Vollmacht über den Gültigkeitszeitraum hinaus genutzt wird
- mehrere Vollmachten eines Vollmachtgebers vorliegen
- der Vollmachtinhaber die Interessen des Vollmachtgebers verletzt (Spenden einbehält u. ä.)

Ort/ Datum Unterschrift Vollmachtgeber Vollmachtinhaber Bestätigung Tafel e. V.

[1] Nichtzutreffendes streichen
[2] Verdienstbescheinigung wurde zur Ausweisbeantragung/ -verlängerung vorgelegt
[3] Nur einmalige Vollmacht möglich
[4] Vollmacht gilt unbefristet bis auf Widerruf