

Pers.Nr. _____	Name
	Vorname Telefon

Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
- Beihilfe -
Speckenbeker Weg 133
24113 Kiel

Den zutreffenden Sachverhalt habe ich durch gekennzeichnet. Eine Ausfertigung habe ich zu meinen Unterlagen genommen.

Vollmacht

Ich bevollmächtige hiermit die nachstehend genannte Person

Name, Vorname, (Verwandtschaftsverhältnis)	geb. am in
Wohnort	Straße

mich in allen meinen besoldungsrechtlichen versorgungsrechtlichen beihilferechtlichen Angelegenheiten gegenüber dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein zu vertreten.

Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Erklärung

Meine Dienstbezüge Meine Beihilfe
Meine Versorgungsbezüge soll(en) auf das
bisherige Konto überwiesen werden.

Meine Bescheide sollen
an die bisherige Anschrift

Meine Dienstbezüge Meine Beihilfe
Meine Versorgungsbezüge
soll(en) auf das nachstehend genannte Konto
überwiesen werden:

an die Anschrift der
bevollmächtigten Person
gesandt werden

Geldinstitut	BIC
IBAN	Kontoinhaber(in)

Das Konto gehört einer anderen Person oder Einrichtung. Ich habe veranlasst, dass die nachfolgende Erklärung abgegeben wird.

(Datum) (Unterschrift des Vollmachtgebers) (Unterschrift des Bevollmächtigten)

Erklärung der anderen Person oder Einrichtung

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, überzahlte Beträge an das Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein zurückzuzahlen. Ich/Wir beauftrage(n) das kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen/ unseren Erben gegenüber - überzahlte Beträge dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein zurückzuzahlen.

(Datum, Unterschrift(en) der Person(en) auf deren Konto die Bezüge überwiesen werden sollen - bei einem Gemeinschaftskonto die Unterschriften sämtlicher Kontoinhaber)