Postvollmacht in Berufssprachkursen

|  |
| --- |
| Bundesamt für Migration und Flüchtlinge**Referat 83B – Sachsenstr. 12-14, 20097 Hamburg** |

Postvollmachtgebende/r

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Herr [ ]  Frau | Personenkennziffer (soweit bekannt) | BAMF-Kursnummer (soweit bekannt)  |
| Name | Ggf. Geburtsname | Vorname |
| Geburtsdatum | Straße/Hausnummer | Postleitzahl / 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  | Trägernummer |
| Straße / Hausnummer der Schulungsstätte | Postleitzahl / Ort der Schulungsstätte  |

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

**Postvollmachtgebende/r**

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende

**Bevollmächtigte/r**

Ort, Datum Unterschrift /Stempel Kursträger