

Postvollmacht in Berufssprachkursen

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

Postvollmachtgebende/r

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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