

Diese Spalte wird von der  
Geschäftsstelle  
ausgefüllt.

## Vollmacht zur Annahme eines Fahrtkostenzuschusses

### Vollmachtgeber\*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

### Vollmachtnehmer\*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

### Eventuell 2. Vollmachtnehmer\*in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, der/die Vollmachtgeber\*in, dass der/die oben genannte/n Vollmachtnehmer\*in/nen bevollmächtigt ist/sind, die Annahme des Fahrtkostenzuschusses der bvmrd über das Dokument "Annahmeerklärung zur Förderzusage (unter Vorbehalt)" vorzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Originale Unterschrift Vollmachtgeber\*in

#### Hinweis:

Die Vollmacht wird nur akzeptiert, wenn sie im Original unterschrieben wurde. Elektronische Unterschriften werden nicht akzeptiert. Die Vollmacht kann entweder direkt mit dem FKZ-Antrag oder auch erst zusammen mit der Annahmeerklärung eingereicht werden.

Im Original zu unterschreiben!  
(keine digitale Unterschrift)

#### Per Post zu verschicken an:

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin