

## 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 bvmd 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.

**Diese Spalte wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt.**

### Vollmacht

eingegangen am

**Im Original zu unterschreiben!**  
**(keine digitale Unterschrift)**

### Per Post zu verschicken an:

Bundesvertretung der Medizin-  
studierenden in Deutschland e.V.

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin