

Personalnummer:

(achtstellig)

An das
Landesamt für Zentrale Dienste
-ZBS-
Postfach 10 22 44
66022 Saarbrücken

Allgemeine Vollmacht für das Landesamt für Zentrale Dienste - ZBS

Vollmachtgeber/-in

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

Ich erteile hiermit Frau/Herrn

| | |
|------------------------------------|---------|
| Name | Vorname |
| Anschrift der/des Bevollmächtigten | |

Vollmacht gegenüber dem Landesamt für Zentrale Dienste, Abteilung C.

Die Vollmacht erstreckt sich auf

- die Stellung von Anträgen
- die Abgabe aller notwendigen Erklärungen und der Vorlage der hierzu erforderlichen Nachweise,
- das Führen und den Empfang des notwendigen Schriftverkehrs bezüglich meiner

- Besoldungs-/Versorgungsangelegenheiten
 Beihilfeangelegenheiten

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit beschränken und widerrufen kann. Sofern ich in oben genannten Angelegenheiten bereits eine Vollmacht erteilt habe, wird diese hiermit widerrufen. Die Rechtsfolgen für verspätete, unvollständige und unrichtige Angaben des Bevollmächtigten, treffen mich als Vollmachtgeber alleine.

Datum, Ort

Unterschrift
der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Erklärung der/des Bevollmächtigten

Mir ist bekannt, dass gegenüber dem Landesamt für Zentrale Dienste alle für die Zahlung der Bezüge/der Beihilfe notwendigen Erklärungen und die hierzu erforderlichen Nachweise abzugeben und insbesondere Wohnsitzänderungen sowie der Tod der Vollmachtgeberin bzw. des Vollmachtgebers unverzüglich unter Vorlage der Sterbeurkunde mitzuteilen sind. Die zustehende Beihilfe kann nur auf das Bezügekonto überwiesen werden. Den Inhalt des „Merkblattes für Versorgungsempfänger/-innen“ (abrufbar auf der Internetseite der ZBS www.zbs.saarland.de unter Formulare/ Merkblätter –Versorgung – „Merkblatt Versorgungsempfänger/innen“) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift
der Bevollmächtigten /des Bevollmächtigten