

# Vollmacht

Vollmachtgeber/in

Bevollmächtigter

|  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
|  | Vor- und<br>Nachname     | Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen<br>und Gesundheit, Registrierungsstelle<br>Nachbarschaftshilfe |
|  | Straße und<br>Hausnummer | Franz-Josef-Röder-Straße 23   |
|  | PLZ und Ort              | 66119 Saarbrücken   |
|  | Geburtsdatum             | ---   |
|  | Geburtsname              | ---   |
|  | Geburtsort               | ---   |
|  | Telefonnummer            | 0681-501 3261   |
|  | E-Mail Adresse           | <a href="mailto:nachbarschaftshilfe@soziales.saarland.de">nachbarschaftshilfe@soziales.saarland.de</a>  |

Hiermit wird der oben genannte Bevollmächtigte bevollmächtigt, den Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin gegenüber der

**Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,  
Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg**

im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, Bereich Gesetzliche Unfallversicherung zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst folgende Geschäfte:

- Anmeldung des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung inklusive Übermittlung der notwendigen Daten (Name, Anschrift, Kontaktdaten, Geburtsdatum, -name, -ort)
- Entgegennahme des kompletten Schriftverkehrs (inklusive Bescheide), der mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege anfällt
- Übernahme notwendiger Schriftwechsel mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Die Vollmacht ist befristet für den Zeitraum der Erbringung der Nachbarschaftshilfe, sie erlischt unwiderruflich mit der Beendigung der Nachbarschaftshilfe.

-----  
(Ort und Datum)

-----  
(Unterschrift Vollmachtgeber)

-----  
(Unterschrift Bevollmächtigter)