



Vollmacht

Beteiligte	1. Vollmachtgeber	2. Vollmachtgeber
Familienname		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
	<input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 1. und 2. bevollmächtigen sich gegenseitig	

und/oder erteilen Vollmacht an

	Bevollmächtigter	Bevollmächtigter	Bevollmächtigter	Bevollmächtigter
Familienname				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Straße				
PLZ, Wohnort				
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befreiung §181 BGB*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vertretungsart	<input type="checkbox"/> einzeln	<input type="checkbox"/> einzeln	<input type="checkbox"/> einzeln	<input type="checkbox"/> einzeln
	<input type="checkbox"/> je zwei gemeinsam	<input type="checkbox"/> je zwei gemeinsam	<input type="checkbox"/> je zwei gemeinsam	<input type="checkbox"/> je zwei gemeinsam
	<input type="checkbox"/> alle gemeinschaftlich			

* Befugnis, mit sich selbst und gleichzeitig als Vertreter des Vollmachtgebers Rechtsgeschäfte abschließen zu können.

Mir/uns ist bekannt, dass damit die nach dem GNotKG zu erhebenden Kosten anfallen.

_____, den _____

Unterschrift(en)