Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich [Vorname und Nachname[1]]

_____

geboren am [Datum[1]] _____ in [Ort[1]] _____

wohnhaft in [Adresse[1]]

_____

Registriernummer des Antrags[2] [DAB202x/xxx / LN202x/xxx] _____

Herrn/Frau [Vorname und Nachname[1]][3]

_____

geboren am [Datum[1]] _____ in [Ort[1]] _____

wohnhaft in [Adresse[1]]

_____

von der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) umfassende Auskünfte über meinen Antrag/meine Anträge zu erhalten sowie an meiner Stelle alle im Zusammenhang mit meinem Antrag/meinen Anträgen erforderlichen Handlungen vorzunehmen und Erklärungen dazu abzugeben. Diese Vollmacht ist gültig bis zu ihrem Widerruf.

_____

(Ort, Datum) (Unterschrift Vollmachtgeber/in)

_____

(Ort, Datum) (Unterschrift Vollmachtnehmer/in)

Hinweis: Mit dem Absenden der Vollmacht an die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen willigen Sie in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Art. 6 Nr. 1 lit. a) DS-GVO ein. Ihre obenstehenden Angaben werden für einen Zeitraum von 6 Jahren gespeichert und anschließend automatisch gelöscht. Gemäß Art. 7 Abs. 3 Satz 1 DS-GVO haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Weiterführende Informationen, u. a. zu Ihren Betroffenenrechten bezüglich der Datenverarbeitung, finden Sie hier: https://zab.kmk.org/de/datenschutz

[1] Persönliche Daten wie im Ausweisdokument angegeben
[2] Wenn bereits vorhanden
[3] Ist Vollmachtnehmer/in eine Agentur/Firma, bitte Firmennamen angeben