Postvollmacht in Berufssprachkursen

|  |
| --- |
| Bundesamt für Migration und Flüchtlinge  **Referat 83C – Frankenstraße 210, 90461 Nürnberg** |

Postvollmachtgebende/r

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| männlich  weiblich  divers | Personenkennziffer (soweit bekannt) | BAMF-Kursnummer (soweit bekannt) |
| Name | Ggf. Geburtsname | Vorname |
| Geburtsdatum | Straße/Hausnummer | Postleitzahl / Ort |

Hiermit bevollmächtigte ich den unten aufgeführten Kursträger, alle an mich gerichteten Schriftstücke während meiner Kursteilnahme in meinem Namen in Empfang zu nehmen. Dies betrifft insbesondere die Ausgangs- bzw. Widerspruchsbescheide, welche im Rahmen der Verordnung über die berufsbezogene Deutschsprachförderung (DeuFöV) ergehen.

Bevollmächtigter Kursträger

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kursträgers  **Westfalia Bildungszentrum e.V.** | Standortnummer  **10750** |
| Straße / Hausnummer des Standortes **Bissenkamp 12-16** | Postleitzahl / Ort des Standortes  **44135 Dortmund** |

**Die erteilte Postvollmacht erlischt, sobald diese widerrufen wird.**

**Postvollmachtgebende/r**

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende

**Bevollmächtigte/r**

Ort, Datum Unterschrift /Stempel Kursträger