

Vollmacht

zur Vorlage
Land Nordrhein-Westfalen
vertreten durch die
Bezirksregierung Münster
Domplatz 1-3
48143 Münster

Hiermit bevollmächtigen wir,

Name des Trägers

Straße

Postleitzahl und Ort

vertreten durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer

(Vollmachtgeber: Vorname, Nachname)

(Vollmachtnehmer: Vorname, Nachname) geboren _____
(TT.MM.JJJJ)

alle erforderlichen Handlungen und Erklärungen für die Beantragung einer Security Module Card Typ B (SMC-B) für die stationäre/ambulante Pflegeeinrichtung:

Name der Einrichtung

Straße

Postleitzahl und Ort

IK Nummer

vorzunehmen. Dies schließt die Vornahme eines Mandates zum Lastschrifteinzug für die Verwaltungsgebühr sowie Kosten des Vertrauensdiensteanbieters (VDA) ein.

Ort

Datum

Geschäftsführung (Unterschrift)