

# Postvollmacht in Berufssprachkursen

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge  
**Referat 83B – Sachsenstr. 12-14, 20097 Hamburg**

## Postvollmachtgebende/r

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	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	Trägernummer
Straße / Hausnummer der Schulungsstätte	Postleitzahl / Ort der Schulungsstätte

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

## Postvollmachtgebende/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmende

## Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Stempel Kursträger