

Vollmacht

Ich, _____ (Vorname, Nachname),

geboren am ____ . ____ . ____ in

_____ ,

wohnhaft _____ ,

bevollmächtige hiermit folgende Person, mein Zeugnis über die Äquivalenz zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in der dafür vorgesehenen Sprechstunde im Prodekanat für Lehre der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg entgegenzunehmen und den Erhalt zu bestätigen.

_____ (Vorname, Nachname),

geboren am ____ . ____ . ____ in _____ ,

wohnhaft _____

Die bevollmächtigte Person muss sich entsprechend ausweisen (Personalausweis/ Reisepass).

Eine Kopie meines Personalausweises/Reisepasses und meines Studierendenausweises liegen diesem Schreiben bei.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person