

VOLLMACHT

ACV Automobil-Club Verkehr e.V.



ANGABEN ZUM VERTRETER (BEVOLLMÄCHTIGTER)

_____	_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Anrede	Geburtsdatum
_____	_____	_____	_____
Straße & Hausnummer	Postleitzahl & Ort		

Der Vertreter (Bevollmächtigte) ist berechtigt, in meinem Namen Änderungen an meiner Mitgliedschaft (z. B. Tarifwechsel, Beendigung der Mitgliedschaft) und von mir gespeicherten personenbezogenen Daten (z. B. Postanschrift, Kontaktdaten) zu veranlassen sowie Auskünfte über von mir gespeicherte personenbezogene Daten einzuholen. Fernerhin darf der Vertreter (Bevollmächtigte) in meinem Namen und für meine Person Leistungen des ACV in Anspruch nehmen, auch wenn mir dadurch Kosten entstehen.

ANGABEN ZUM MITGLIED (VOLLMACHTGEBER)

_____	_____	_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Anrede	Geburtsdatum	Mitgliedsnummer
_____	_____	_____	_____	_____
Straße & Hausnummer	Postleitzahl & Ort			

ANGABEN ZUR GÜLTIGKEITSDAUER DER VOLLMACHT

Die Vertretungsvollmacht ist:

(Bitte nur **eine** Auswahl markieren!)

- einmal gültig gültig bis auf Widerruf gültig für 1 Jahr gültig für die Dauer der Mitgliedschaft

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Mitglied (Vollmachtgeber)