



# Reparatur von Gütern im Falle einer allgemeinen Naturkatastrophe - Vollmacht



## Öffentlicher Dienst der Wallonie

Generaldirektion lokale Behörden und Soziale  
Maßnahmen  
Direktion der Zukunftsforschung und Entwicklung  
Service Régional des Calamités (Regionaler  
Katastrophendienst):

Avenue Gouverneur Bovesse 100  
5100 Jambes

## Vollmacht

### Vollmachtgeber und Vertreter

Ich, der/die Unterzeichnete:

Kontaktperson	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Fr.	Name
	Vorname
Geburtsdatum	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Straße	Hausnummer Briefkasten
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Fr.	Name
	Vorname
Geburtsdatum	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Straße	Hausnummer Briefkasten
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Fr.	Name
	Vorname
Geburtsdatum	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Straße	Hausnummer Briefkasten
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bevollmächtigte hiermit:

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Fr.	Name	Vorname
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		

/  / 

Straße

Hausnummer Briefkasten

Postleitzahl

Ort

Bezüglich der Einreichung des Antrags auf Schadenersatzzahlung an den Service Régional des Calamités (Regionaler Katastrophendienst) des Öffentlichen Dienstes der Wallonie.

Zu diesem Zweck kann diese Person für mich und in meinem Namen jedes erforderliche Formular und Dokument unterschreiben. Sie kann für mich außerdem jedes erforderliche Dokument anfordern.

Die Schadenersatzzahlung soll auf das Bankkonto folgenden Vertreters gezahlt werden:

IBAN

*International Bank Account Number*

BIC

*Bank Identifier Code*

**Unterschrift der Vollmachtgeber und des Vertreters**

Name

Vorname

Unterschrift

Name

Vorname

Unterschrift

Name

Vorname

Unterschrift

Name

Vorname

Unterschrift

Ort

Datum

 /  /