

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstraße 1
01069 Dresden

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn Dr. Bert Pampel
Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstraße 1
01069 Dresden

und

Herrn Valerian Welm
Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstraße 1
01069 Dresden

Einsicht in die in Ihrem Archiv über mich/meine(n)

(Bitte Verwandtschaftsgrad sowie Vornamen und Nachnamen einfügen)

geboren am _____, in _____

verfügbaren archivierten Akten zu nehmen und Kopien daraus anzufordern und in Empfang zu nehmen.

Herr Dr. Bert Pampel und Herr Valerian Welm sind auch bevollmächtigt, in den Akten befindliche persönliche Unterlagen für mich in Empfang zu nehmen.

_____, den _____

Ort Datum

Unterschrift