

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