



**DR. KOHRING & KOLLEGEN**

Rechtsanwälte · Fachanwälte · Notar

## Vollmacht

<b>Vollmachtgeber</b>	<b>Vollmachtnehmer Ersatzvollmachtnehmer</b>
Name:	Name:
Vorname	Vorname
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsort:
Anschrift:	Anschrift:
Name:	Name:
Vorname	Vorname
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsort:
Anschrift:	Anschrift:

Behandelnde Ärzte:

Name:	Name:
Adresse:	Adresse:

<b>Grundstück vorhanden?</b>	<b>Sonstiges Vermögen mit Wertangabe</b>
Verkehrswert:	Sparguthaben
	Wertpapiere/Aktien
	Bilder/Auto/Gold
	Hausrat



**DR. KOHRING & KOLLEGEN**

Rechtsanwälte · Fachanwälte · Notar

**AUFTRAGSBESTÄTIGUNG und Bestätigung  
zur Datenschutzerklärung:**

Hiermit bestätige Ich/ bestätigen Wir

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Steuer-ID: \_\_\_\_\_

(nur bei Grundstücksangelegenheiten)

die „Hinweise zur Datenverarbeitung“ von

**Dr. Kohring & Kollegen**

**Dr. Tina Kohring, Notarin**

**Bahnhofstr. 13, 59174 Kamen**

ausgehändigt und zur Kenntnis genommen zu haben und mit der darin beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden zu sein.

Ich bestätige/ Wir bestätigen weiter, damit einverstanden zu sein, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erfasst und gespeichert werden. Meine/ Unsere Daten werden dabei nur streng zweckgebunden genutzt.

Des Weiteren bin Ich/ sind Wir damit einverstanden, dass die Kommunikation per E-Mail ohne Verschlüsselung erfolgt. Ich bin mir/ Wir sind uns des damit zusammenhängenden Sicherheitsrisikos bewusst.

KAMEN,

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift