
VOLLMACHT

Ich/Wir

Name(n):

geboren am:

Adresse(n):

bevollmächtigte(n) hiermit

Name:

geboren am:

Adresse:

mich/uns im Schlichtungsverfahren bei der Schlichtung für Verbrauchergeschäfte (Flachgasse 30/2. OG, 1150 Wien, office@verbraucherschlichtung.at) betreffend das/die **Unternehmen**

Name(n):

Adresse(n):

zu vertreten, in meinem/unserem Namen zu handeln und verbindliche Erklärungen abzugeben.

Datum

Unterschrift(en)