

# Vollmacht und Schweigepflichtentbindung

## Verband Deutscher Sinti und Roma - Landesverband Baden Württemberg

### Hiermit bevollmächtige ich / wir

Name:\*

Vorname:\*

Straße\*:

Postleitzahl:\*

Ort:\*

Geburtsdatum/Ort\*:

Email:

Telefon:

mobil:

die Mitarbeiter des Verbands Deutscher Sinti und Roma, Landesverband Baden-Württemberg, B 7, 16, 68159 Mannheim zur Vertretung meiner / unserer sozialen und bürgerrechtlichen Angelegenheiten. Dieses bezieht die Schweigepflichtentbindung in Verbindung mit der Weitergabe umfassender strafrechtlicher und strafvollzugsrechtlicher Angelegenheiten und Daten mit ein. Der Landesverband Baden-Württemberg ist weiterhin berechtigt Untervollmachten zur Durchsetzung meiner/unserer Interessen zu erteilen.

Die Vollmacht kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

\*Diese Angaben sind verpflichtend