



Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V.
Antidiskriminierungsberatung
Alter, Behinderung, Chronische Erkrankung
Littenstraße 108
10179 Berlin

Antidiskriminierungsberatung
Alter, Behinderung, Chronische Erkrankung
www.lv-selbsthilfe-berlin.de
Telefon: (030) 27 59 25 27
Telefax: (030) 27 59 25 26

VOLLMACHT

Hiermit beauftrage ich, _____

geb. am: _____ Adresse: _____

_____ PLZ: _____ Berlin

die „Antidiskriminierungsberatung Alter, Behinderung, Chronische Erkrankung“ der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V. mit der Wahrnehmung meiner Interessen im Zusammenhang mit dem Vorfall:

Die Antidiskriminierungsberatung der LV Selbsthilfe ist berechtigt, in meinem Namen Briefe an die entsprechenden Institutionen, Stellen, Ämter, Behörden u.a. zu schreiben, von diesen entsprechende Informationen über die Angelegenheit zu bekommen und für mich Rechtsdienstleistungen im Rahmen des § 23 AGG zu leisten.

Ich entbinde beteiligte Stellen, Organisationen etc. in der o.a. Angelegenheit gegenüber der Antidiskriminierungsberatung der LV Selbsthilfe von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin mit der Aufnahme und Speicherung der persönlichen Daten in elektronischer Form für die Fall-Dokumentation einverstanden. Die Daten in elektronischer Form werden 5 Monate nach Abschluss des Falles gelöscht, die Daten auf Papier nach 24 Monaten. Ich kann jederzeit die Löschung bzw. Vernichtung der Daten verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift