

Eingangsstempel

Stadt Ludwigshafen am Rhein
Straßenverkehr
Achtmorgenstraße 9
67065 Ludwigshafen

Servicecenter: 115
Tel: 0621 504-0
Fax: 0621 504-2413
Abgesendet von:

| | |
|---------------|----------|
| Familiennamen | |
| Vorname(n) | |
| Straße | Haus-Nr. |
| PLZ | Ort |
| Telefon | |
| E-Mail | |

Vollmacht

Für die Zulassung eines Fahrzeugs
Für die Zuteilung eines Kurzzeitkennzeichens

1. Bevollmächtigte Person

| | | | | |
|--------|-----------------|------------------------------|-----|---------|
| Anrede | Name bzw. Firma | Vorname bzw. Ansprechpartner | | |
| Straße | | Hausnummer | PLZ | Wohnort |

2. Vollmachtgeber/in

| | | | | |
|--------------------|------|---------|---------|--|
| Anrede | Name | Vorname | | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ | Wohnort | |

3. Zuzulassendes Fahrzeug

| | |
|----------|--------------------------------|
| Fabrikat | Fahrzeug-Identifikationsnummer |
|----------|--------------------------------|

Weiter ist der/die Vollmachtgeber/in damit einverstanden, dass die Zulassungsbehörde dem/der Bevollmächtigten die Kostenrückstände aus vorausgegangenen Zulassungsverfahren mitteilen darf.

Ort

Datum

Unterschrift