



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich den

Zulassungsdienst Kreis  
Rudolf-Diesel-Str. 24  
48157 Münster

Mobil: 0173 – 7 23 68 65  
Tel.: 0251 – 28 72 94 92  
Fax.: 0251 – 28 72 94 94  
E-Mail: [info@kreis-zulassungen.de](mailto:info@kreis-zulassungen.de)

auf meinem Namen **Kurzzeitkennzeichen** zu beziehen.

Gleichzeitig erkläre ich mein Einverständnis, dass dem Bevollmächtigten meine Kraftfahrzeugsteuerverhältnisse bekannt gegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift