

VOLLMACHT

Erteilung einer Vollmacht gemäß § 10 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz

Bitte füllen Sie die umrandeten Felder des Formulars aus und senden Sie es unterschrieben mitsamt den Beilagen an pilots@austrocontrol.at, per FAX an +43 51703 1536 oder per Post an:

AUSTRO CONTROL GmbH, Luftfahrtagentur, Schnirchgasse 17, 1030 Wien, Österreich

Hiermit bevollmächtige ich

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

PLZ/Ort:

Art und Nummer der Lizenz/des Zeugnisses:

Kontaktdaten für evtl. Rückfragen

E-Mail:

Telefon:

folgende Organisation/Person(en) in sämtlichen Lizenz- und Prüferangelegenheiten für mich tätig zu werden:

Die Vollmacht ist bis auf Widerruf gültig. Eventuell bereits erteilte Vollmachten werden hiermit widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift