

Vollmacht - Nostrifizierungsverfahren

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Familienname Antragsteller*in	geb. am
--	---------

dass

Vor- und Familienname Bevollmächtigte*r / Name Unternehmen	geb. am / FB-Nummer
--	---------------------

von mir ermächtigt wird, mich im Nostrifizierungsverfahren an der FH Salzburg GmbH zu vertreten.

Für Informationen zum Datenschutz wird auf das Antragsformular Nostrifizierung verwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift