

## Vertretungsbefugnis / LAGFA Berlin e.V.

### Träger

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Fax: .....

Email: .....

### Freiwilligenagentur

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Fax: .....

Email: .....

---

Ich / wir erkläre/n, dass ich / wir Träger/in der oben genannten Einrichtung bin / sind.

Die Vertretung unserer Einrichtung soll wahrgenommen werden durch (bitte in Druckschrift):

Herrn / Frau /

Divers .....

---

Name/Stempel der Einrichtung

Datum, Unterschrift