

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstraße 1
01069 Dresden

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn Dr. Klaus-Dieter Müller
Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstraße 1
01069 Dresden

und

Herrn Dr. Alexander Haritonow
Stiftung Sächsische Gedenkstätten
Dülferstr. 1
01069 Dresden

Einsicht in die in Ihrem Archiv über mich/meine(n) (bitte Verwandtschaftsgrad nennen)

geboren am _____, in _____

verfügbaren Akten zu nehmen und Kopien daraus anzufordern und in Empfang zu nehmen.

Herr Dr. Klaus-Dieter Müller und Herr Dr. Alexander Haritonow sind auch bevollmächtigt,
in den Akten befindliche persönliche Unterlagen von

_____ für mich in Empfang zu nehmen.

_____, den _____

Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass der Antragsteller _____

mit der rehabilitierten gesuchten Person verwandt ist oder in der damaligen Zeit war. (bitte Verwandtschaftsgrad eintragen)