

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 Name und 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)