

Eingangsstempel

**Stadt Ludwigshafen am Rhein**  
Straßenverkehr  
Achtmorgenstraße 9  
67065 Ludwigshafen

Servicecenter: 115  
Tel: 0621 504-0  
Fax: 0621 504-2413  
Abgesendet von:

Familiennamen	
Vorname(n)	
Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort
Telefon	
E-Mail	

## Vollmacht

**Für die Zulassung eines Fahrzeugs**  
**Für die Zuteilung eines Kurzzeitkennzeichens**

### 1. Bevollmächtigte Person

Anrede	Name bzw. Firma	Vorname bzw. Ansprechpartner		
Straße		Hausnummer	PLZ	Wohnort

### 2. Vollmachtgeber/in

Anrede	Name	Vorname		
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort	

### 3. Zuzulassendes Fahrzeug

Fabrikat	Fahrzeug-Identifikationsnummer
----------	--------------------------------

Weiter ist der/die Vollmachtgeber/in damit einverstanden, dass die Zulassungsbehörde dem/der Bevollmächtigten die Kostenrückstände aus vorausgegangenen Zulassungsverfahren mitteilen darf.

Ort

Datum

Unterschrift