



**Deutscher OTA Schulträger-Verband (DOSV) e.V.**  
Verband der Träger von Einrichtungen zur Ausbildung  
Operationstechnischer Assistentinnen und Assistenten

**Vertretungsvollmacht**

**Frau/Herr** \_\_\_\_\_

wird hiermit die Vollmacht erteilt, in der 20. Mitgliederversammlung des Deutschen OTA-Schulträger-Verbandes (DOSV) e.V., die am 29. April 2016 in Berlin stattfindet, die Interessen des nachstehend bezeichneten Mitgliedes wahrzunehmen.

<b>Mitglied des DOSV / Stempelaufdruck</b>
--

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Rechtsverbindliche Unterschrift**