

## Vollmacht

Die / Der Unterzeichnende

\_\_\_\_\_ (Vorname und Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ (Heimatort)

wohnhaf in \_\_\_\_\_ (Strasse und Ort)

bevollmächtigt hiermit

Frau / Herrn

\_\_\_\_\_ (Vorname und Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ (Heimatort)

wohnhaf in \_\_\_\_\_ (Strasse und Ort)

bei der Schlichtungsstelle Telekommunikation, ombudscom, Spitalgasse 14, Postfach, 3001 Bern, für die / den Unterzeichnende(n) ein Schlichtungsbegehren zur Einleitung und Durchführung eines Schlichtungsverfahrens mit dem Fernmeldedienstleister bzw. Mehrwertdienstleister

\_\_\_\_\_  
(Name des / der Anbieter(s))

einzureichen und die / den Unterzeichnende(n) für die Dauer des gesamten Verfahrens zu vertreten.

Die / der Unterzeichnende willigt insbesondere ein, der / dem Vertreter(in) Einsicht in sämtliche Unterlagen zu gewähren. Die / der Vertreter(in) ist insbesondere ermächtigt, die Korrespondenz mit der Schlichtungsstelle Telekommunikation zu führen, Fristerstreckungen zu verlangen, das Schlichtungsbegehren zurückzuziehen sowie den Schlichtungsvorschlag rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift