

An das
Finanzministerium Schleswig-Holstein
- Amt für Informationstechnik -
Zentralstelle ElsterKontoabfrage
24096 Kiel

Telefon: 0431/2391-1527
Fax: 0431/2391-1755

Vollmachtgeber: _____
(Name des/der Steuerpflichtigen)

Widerruf Vollmacht zur

Einsichtnahme in das Steuerkonto der Steuernummer(n):

Die bisher erteilte Vollmacht zur Einsichtnahme in das Steuerkonto der oben angeführten Steuernummer(n) vom _____ für die nachfolgend genannte(n) Person(en)

Herr/Frau _____,
(Name, Vorname und Berufsbezeichnung angeben)

der/des

(Berufliche Niederlassung/Arbeitgeber/Sozietät/Gesellschaft mit Anschrift angeben bzw. Stempel anbringen)

wird hiermit widerrufen.

Ort Datum Unterschrift Ehegatte
(bei gemeinsamem Steuerkonto)