

Vertretungsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die nachstehend bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Versicherungs- und Beitragspflicht der Sozialversicherung, insbesondere der AHV, IV, EL und EO gegenüber der zuständigen Ausgleichskasse zu vertreten.

Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse schriftlich zu melden.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig

Versicherte Person

Name, Vorname

Vers.-Nummer Geburtsdatum
(13-stellig)

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....

Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arzzeugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Vers.-Nummer Geburtsdatum
(13-stellig)

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....

Ort, Datum Unterschrift der bevollmächtigten Person