

VOLLMACHT

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

folgende Person als Bevollmächtigte, meine Interessen gegenüber der Durchführungsstelle Zusatzleistungen zur AHV/IV Volketswil wahrzunehmen und mich zu vertreten. Ich befreie die Durchführungsstelle Zusatzleistungen zur AHV/IV Volketswil von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der/dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Sämtliche Entscheide/Verfügungen und Korrespondenz sollen der bevollmächtigten Person zugestellt werden:

Name, Vorname: _____

AHV-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Bezug zum Vollmachtgeber: _____

Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Sie ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber: _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____

☐ **Vollmacht gilt nur für Akteneinsicht und Auskünfte**