

## Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende Vollmachtnehmer/-in meine Interessen in Bezug auf die

- Beiträge an die AHV/IV/EO und die mit ihr verbundenen Sozialwerke
- Familienzulagen
- Erwerbsersatzordnung
- Mutterschaftsentschädigung
- Individuelle Prämienverbilligung

gegenüber der SVA St.Gallen, Brauerstr. 54, 9016 St.Gallen zu vertreten.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

---

### Vollmachtnehmer/-in

Name/Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

Email

Ort, Datum

Unterschrift

---

### Vollmachtgeber/-in

Referenz-Nr.

Name/Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

Email

Ort, Datum

Unterschrift

Sozialversicherungsanstalt  
des Kantons St.Gallen  
Braucherstr. 54  
9016 St.Gallen