



VOLLMACHT

Der/die Unterzeichnete

AHV-Nummer 756._____._____._____

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

bevollmächtigt

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sie/ihn zu vertreten, ins Dossier Einsicht zu nehmen, Verfügungen zu erhalten sowie in allem was die AHV/IV betrifft in seinem/ihrem Namen zu handeln.

Ort und Datum: _____

Vollmachtgeber/in
(Unterschrift)

Bevollmächtigte/r
(Unterschrift)
