

**VOLLMACHTGEBER (M/W/D):**

Mandanten-Nr.: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Betriebsnummer: _____



VOLLMACHT ZUR VERTRETUNG IN SOZIALVERSICHERUNGSANGELEGENHEITEN

**BEVOLLMÄCHTIGTE/R:**_____

(Kanzleistempel)



In diesem Verfahren vertreten durch die nach bürgerlichem Recht dazu Befugten wird hiermit bevollmächtigt den/die Vollmachtgeber/in in allen sozialversicherungsrechtlichen und sonstigen Angelegenheiten wie beispielsweise Lohnabrechnungen, usw. gegenüber Krankenkassen, Rentenversicherungen und sonstige Stellen zu vertreten.

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen und zu widerrufen.

Die Vollmacht gilt grundsätzlich zeitlich unbefristet.

Die Vollmacht gilt, solange ihr Widerruf den Verfahrensbeteiligten nicht angezeigt worden ist. Diesbezüglich bisher erteilte Vollmachten erlöschen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Daten dieser Vollmacht elektronisch in einer Vollmachtsdatenbank gespeichert werden.

Ort, Datum_____
Unterschrift Vollmachtgeber (m/w/d)