

Name und Anschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

Datum:

Beitragskontonummer: _____

VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung
(gebührenfrei gemäß § 110 des Allgemeinen
Sozialversicherungsgesetzes/ASVG)

Hiermit bevollmächtige ich/bevollmächtigen wir _____

- ⇒ Auskünfte gemäß § 13 Abs. 2 der SV-Datenschutzverordnung 2001 über Daten der vollmachtgebenden Dienstgeberin/des vollmachtgebenden Dienstgebers zu erhalten,
- ⇒ Schriftstücke der Burgenländischen Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten zuzustellen sind.
- ⇒ Weiters gebe ich/geben wir unter Berufung auf § 35 Abs. 3 ASVG bekannt, dass ich/wir die Erfüllung der mit/uns nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten auf die oben genannte Bevollmächtigte/den oben genannten Bevollmächtigten übertragen habe/n.

(Bitte nicht Zutreffendes streichen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Burgenländische Gebietskrankenkasse unverzüglich durch die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten schriftlich verständigt.

Vollmacht angenommen:

Unterschrift und Stempel der/des
Bevollmächtigten

Unterschrift und Stempel der Vollmachtgeberin/
des Vollmachtgebers (firmenmäßige Zeichnung)