

Vollmachtgeber

Beitragskontonummer:

Datum:

VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung
(Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG)

Hiermit bevollmächtigte(n) ich (wir)

- mich (uns) in beitragsrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der Salzburger Gebietskrankenkasse zu vertreten,
- diesbezügliche Eingaben zu verfassen und zu unterfertigen
- sowie Schriftstücke der Salzburger Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an den (die) Bevollmächtigte(n) zuzustellen sind.
- Weiters gebe(n) ich (wir) unter Berufung auf § 35 Abs. 3 ASVG bekannt, dass ich (wir) die Erfüllung der mir (uns) nach den §§ 33 und 34 leg. cit. obliegenden Pflichten auf den (die) oben genannte(n) Bevollmächtigte(n) übertragen habe(n).

(Bitte Nichtzutreffendes streichen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Salzburger Gebietskrankenkasse unverzüglich durch den (die) Bevollmächtigte(n) schriftlich verständigt.

Vollmacht angenommen:

Unterschrift und Stempel des Bevollmächtigten

Unterschrift des Vollmachtgebers
(Firmenmäßige Zeichnung)