

Vollmacht

Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse FORTE

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen bezüglich der angekreuzten Beiträge und Leistungen wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Die Vollmacht gilt für:

- AHV/IV/EO-Beiträge
- AHV-Leistungen
- Zusatzleistungen zur AHV/IV
- Familienzulagen*
- Mutterschaftsentschädigung*
- Erwerbsersatz (EO)*

*inkl. AHV/IV/EO-Beiträge (wegen Verrechnung)

Ich befreie die Ausgleichskasse FORTE von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oder dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Name, Vorname / Institution:

Adresse:

Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber

Firmenname:

Adresse:

Abrechnungsnummer:

Unterschrift:

Ich wünsche eine Umleitung meiner gesamten Korrespondenz an die Adresse der Bevollmächtigten / des Bevollmächtigten/? JA NEIN

Ich bitte um einen connect Zugang für die Bevollmächtigte / den Bevollmächtigten? JA NEIN