

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vollmachtgeber

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

**VOLLMACHT**  
**Für Zwecke der Sozialversicherung**  
(Gebührenfrei gemäß §110 ASVG)

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir)

- mich (uns) in beitragsrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der \_\_\_\_\_ Gebietskrankenkasse zu vertreten
- diesbezügliche Eingaben zu verfassen und zu unterfertigen
- sowie Schriftstücke der \_\_\_\_\_ Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an den (die) Bevollmächtigte(n) zuzustellen sind.

(Bitte Nichtzutreffendes streichen!)

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

Vollmacht angenommen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers  
(Firmenmäßige Zeichnung)