

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber:in die als Bevollmächtigte:r aufgeführte Person/Institution/Unternehmung, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen gegenüber der AHV-Kasse Coiffure & Esthétique wahrzunehmen (AHV/IV/EO, Familienzulagen und weitere an die AHV-Kasse übertragene Aufgaben).

Ich befreie die AHV-Kasse der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Vollmachtgeber:in

- vollmachtgebendes Unternehmen
 vollmachtgebende natürliche Person

Bevollmächtigte:r

- bevollmächtigtes Unternehmen
 bevollmächtigte natürliche Person

Firmenname // Name & Vorname

Firmenname // Name & Vorname

Abrechnungsnummer // AHV-Nummer

Abrechnungsnummer // AHV-Nummer

Strasse

Strasse

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefonnummer

Telefonnummer

E-Mail

E-Mail

Ich wünsche, dass die AHV-Kasse Coiffure & Esthétique ab sofort sämtliche Korrespondenz (inkl. Rechnungen) der/dem Bevollmächtigten zustellt.

Es ist mir und der bevollmächtigten natürlichen Person / dem bevollmächtigten Unternehmen bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können und deshalb der AHV-Kasse gemeldet werden müssen. Unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht unterstehen den gesetzlichen Strafbestimmungen und können zu Rückforderungsansprüchen führen.

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.