



VERTRETUNGSVOLLMACHT

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

consimo
Ausgleichskasse SBV
Sumatrastr. 15 / Postfach 16
8042 Zürich

RECHTSHANDLUNGEN MIT DER AUSGLEICHSKASSE SBV: VOLLMACHT

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der Ausgleichskasse SBV wahrzunehmen.

Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Ausgleichskasse SBV in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche Beiträge an die AHV/IV/EO, Mutterschaftsentschädigung, Familienzulagen und Erwerbsersatzordnung.

VOLLMACHTGEBER / VOLLMACHTGEBERIN

Name, Vorname oder Firma.....

Versichertennummer oder Mitgliedernummer.....

Geburtsdatum..... Geschlecht männlich weiblich

Strasse, Nr.....

PLZ, Ort.....

Erreichbar unter (Telefon oder E-Mail).....

Ich wünsche, dass die Ausgleichskasse SBV ab sofort sämtliche Korrespondenz dem / der Bevollmächtigten zustellt. Ausserdem befreie ich die Ausgleichskasse SBV von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem / der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin (evtl. gesetzliche Vertretung)

.....

Sofern eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

BEVOLLMÄCHTIGTER / BEVOLLMÄCHTIGTE

Name, Vorname

Institution oder Firma.....

Strasse, Nr.....

PLZ, Ort.....

Erreichbar unter (Telefon oder E-Mail).....

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

.....

**Ausgleichskasse
Schweizerischer Baumeisterverband (AK66)**