

Vollmacht

Hiermit erteile ich in Sachen meiner Sozialversicherung (Renten-, Kranken-, Unfall-, Pflegeversicherung), der betrieblichen Alters- und Zusatzversorgung, in Sachen des Schwerbehindertenrechts, der Grundsicherung, der Beamtenversorgung und privatversicherungsrechtlicher Ansprüche

Herrn Diplomökonom
Peter Sack
Rentenberater

Seelenbinderstraße 4
04159 Leipzig
Tel.: (0341) 589 48-0
Fax: (0341) 589 48-90
rentenberater-sack@t-online.de

Lange Str.1 a
18055 Rostock
Tel.: (0381) 4997172
Fax: (0381) 4997179
Zweigniederlassung

Vollmacht zu meiner Vertretung bis auf Widerruf. Die Vollmacht umfasst das Verhandeln, die Abgabe und die Entgegennahme von Erklärungen, Anerkenntnissen, Vergleichen, Bescheiden und sonstigen Rechtsmitteln bei der Vertretung in Verwaltungsverfahren, Widerspruchsverfahren, im Klageverfahren vor den Sozialgerichten und im Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten. Die Vollmacht berechtigt den Rentenberater zum Führen von Schriftwechsel jeglicher Art im Namen des Vollmachtgebers, zum Einholen von Arbeitgeberauskünften, von Auskünften von Finanzämtern, Ärzten. Dritte werden vom Vollmachtgeber gegenüber dem Rentenberater und seinen Mitarbeitern von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Geheimhaltung personengebundener bzw. medizinischer Daten befreit. Der Rentenberater ist kraft dieser Vollmacht berechtigt die Gebührenabrechnung nach dem RVG direkt mit der o. a. Behörde vorzunehmen und zum Empfang der Gebühren berechtigt.

Jeglicher Schriftwechsel hat nur mit meinem Bevollmächtigten zu erfolgen.

unser Az

VSNR:

.....
Name des Vollmachtgebers

.....
Geburtsname des Vollmachtgebers

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....

.....
Anschrift

.....

x
Ort, Datum

Unterschrift