

Name und Anschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin:

.....
.....
.....
.....

Name und Anschrift des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten:

.....
.....
.....
.....

Datum:

VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung
(gebührenfrei gemäß § 46 GSVG)

Ich,, Versicherungsnummer,
bevollmächtige
mich bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu vertreten.

- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 7 Abs. 2 DSG 2000 damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verarbeitete Daten bekannt gegeben beziehungsweise übermittelt werden.
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten Schriftstücke der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zugestellt werden (Zustellvollmacht).
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 1008 ABGB damit einverstanden, dass der/die Bevollmächtigte über eventuelle Beitragsguthaben verfügen kann (Geldvollmacht).
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unverzüglich durch den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte schriftlich verständigt.

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin

.....
Unterschrift (und Stempel) des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten