

Vertretungsvollmacht

Die Vertretungsvollmacht berechtigt den Bevollmächtigten unter 2 Auskunft bei der AOK Sachsen-Anhalt zu ersuchen, mich / uns gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten und verbindliche Erklärungen abzugeben, Anträge zu stellen sowie Einspruchs- oder Rechtsbehelfsverfahren zu führen.

1. Daten des Firmenkunden / Vollmachtgeber

Betriebsnummer:

Firma:

Straße/Postfach:

PLZ:

Ort:

2. Daten des Steuerberaters / Bevollmächtigter

Name des Bevollmächtigten:

Ansprechpartner:

Betriebsnummer:

Straße / Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich durch den Vollmachtgeber möglich.

Datum

Unterschrift / Stempel Vollmachtgeber