

## **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