

Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten:

Datum:

Vollmachtserklärung

Die/der Bevollmächtigte erklärt in ihrer/seiner Eigenschaft als Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Steuerberaterin/Steuerberater, Wirtschaftstreuhanderin/Wirtschaftstreuhand oder Bilanzbuchhalterin/Bilanzbuchhalter unter Berufung auf die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen für folgende Klientinnen/Klienten bevollmächtigt zu sein,

- 1) Daten der/des Vollmacht gebenden Dienstgeberin/Dienstgebers gemäß § 13 (2) SV/DSV 2001 auf elektronischem Weg einzusehen bzw. zu erhalten (**Auskunftsvollmacht**)
- 2) Schriftstücke der Wiener Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten zuzustellen sind (**Zustellvollmacht**)

und gibt unter Berufung auf § 35 Abs. 3 ASVG bekannt,

- 3) die nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten übernommen zu haben (**Melde-/Haftungsvollmacht**)

Jede Beendigung eines Vollmachtsverhältnisses wird der WGKK umgehend mitgeteilt.

Bitte zutreffenden Vollmachtsumfang (1/2/3 und Hinzufügen/Löschen) ankreuzen!

Beitragskontonummer	Dienstgeberin/Dienstgeber	1	2	3	Hinzufügen	Löschen

Unterschrift und Stempel der/des Bevollmächtigten