

VOLLMACHTSNACHWEIS

Der/die Vollmachtgeber/-in	Beitragskontonummer(n) bei der VGKK

bevollmächtigt

den/die Vollmachtnehmer/-in	Versicherungsnummer/ Dienstgebernummer

zur Vertretung in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, insbesondere zur Einsichtnahme in das/die Beitragskonto/-en.

Wir bitten Sie, uns eine eventuelle Änderung bzw. Löschung dieser Vollmacht unverzüglich mitzuteilen.

Unterschrift und sofern vorhanden
Stempel des/der Vollmachtgebers/-in

Unterschrift und sofern vorhanden
Stempel des/der Bevollmächtigten

Datum