

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,

Firmenname bzw. Name, Vorname

Anschrift

Betriebsnummer

E-Mail-Adresse

Telefon

folgende(n) Vollmachtnehmer/in

Firmenname bzw. Name, Vorname

Anschrift

Betriebsnummer

E-Mail-Adresse

Telefon

unsere Interessen gegenüber der DAK-Gesundheit zu vertreten.

Das bedeutet, dass die/der Bevollmächtigte Auskünfte erhält, Anträge stellen und Erklärungen abgeben darf.

Der gesamte Schriftverkehr soll ab sofort:

- weiterhin nur an mich gehen.
oder
- stellvertretend an die/den Bevollmächtigte(n) gehen.
Ich erhalte keine Post mehr von der DAK-Gesundheit.

Diese Vollmacht gilt ab sofort und kann jederzeit durch mich schriftlich geändert, widerrufen oder durch die/den Bevollmächtigte(n) zurückgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift