

Name und Anschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

Datum:

---

---

---

---

DG-Kontonummer: \_\_\_\_\_

**VOLLMACHT**  
**für Zwecke der Sozialversicherung**  
(gebührenfrei gemäß § 110 des Allgemeinen  
Sozialversicherungsgesetzes/ASVG)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

- mich/uns in beitragsrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der Wiener Gebietskrankenkasse zu vertreten,
- Eingaben zu verfassen und zu unterschreiben
- sowie Schriftstücke der Wiener Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an die/den Bevollmächtigte/n zuzustellen sind.
- Weiters gebe/n ich/wir unter Berufung auf § 35 Abs. 3 ASVG bekannt, dass ich/wir die Erfüllung der mir/uns nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten auf die/den oben genannte/n Bevollmächtigte/n übertragen habe/n.

(Bitte nicht Zutreffendes streichen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Wiener Gebietskrankenkasse unverzüglich durch die/den Bevollmächtigte/n schriftlich verständigt.

Vollmacht angenommen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der/des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Vollmachtgeberin/  
des Vollmachtgebers (firmenmäßige Zeichnung)