

**ZUSTELLVOLLMACHT**  
nach § 9 (1) Zustellgesetz  
für Zwecke der Sozialversicherung

Vollmachtgeberin/  
Vollmachtgeber

Beitragskontonummer(n)

Bevollmächtigte/  
Bevollmächtigter

**Sämtliche** Schriftstücke sind der/dem Bevollmächtigten

ab  .  .  (TT.MM.JJJJ)

zuzustellen.\*

Bitte teilen Sie uns die Beendigung dieses Vollmachtsverhältnisses unverzüglich mit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/  
des Vollmachtgebers  
(Firmenmäßige Zeichnung)

\* die Zustellvollmacht beinhaltet auch die Zustellung der Beitragsrechnungen an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten.