

VOLLMACHT für die Zwecke der Sozialversicherung

der/die Vollmachtgeber/in (Name und Anschrift)	BKNR	Bundesland

bevollmächtigt:

den/die Vollmachnehmer/in (Name und Anschrift)	SVNR oder BKNR	Bundesland

- Zur Vertretung gegenüber der Österreichischen Gesundheitskasse in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten (**Zivilvollmacht** nach § 1002 ABGB)
- Einsicht Kontoinformationen
 - Einsicht Clearingfälle
- Schriftstücke der Österreichischen Gesundheitskasse zu empfangen. Diese sind nun an die/den Bevollmächtigte/n zuzustellen (**Zustellungsvollmacht** nach § 9 Absatz 1 ZustG).
- Einsicht Kontoinformationen
 - Einsicht Clearingfälle
- Weiters gibt der/die Vollmachtgeber/in bekannt, dass die nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten auf den/die Bevollmächtigte/n übertragen werden (**Übertragung der Meldepflichten** nach § 35 Absatz 3 ASVG).
- Einsicht Kontoinformationen
 - Einsicht Clearingfälle

Jede Beendigung eines Vollmachtsverhältnisses wird der Österreichischen Gesundheitskasse umgehend mitgeteilt.

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular an vollmachten-dienstgeber@oegk.at