

Name und Anschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin:

.....
.....
.....
.....

Name und Anschrift des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten:

.....
.....
.....
.....

Datum:

VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung
(gebührenfrei gemäß § 46 GSVG)

Ich,, Versicherungsnummer,
bevollmächtige

mich bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu vertreten.

- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des Art 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verarbeitete Daten für Zwecke des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens bekannt gegeben bzw. übermittelt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail unter dsb@svagw.at widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die Übermittlung an den Bevollmächtigten rechtmäßig.
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten Schriftstücke der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zugestellt werden (Zustellvollmacht).
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 1008 ABGB damit einverstanden, dass der/die Bevollmächtigte über eventuelle Guthaben wie z.B. Beitragsguthaben und Vergütungen aus der Krankenversicherung verfügen kann (Geldvollmacht).

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unverzüglich durch den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte schriftlich verständigt.

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin

.....
Unterschrift (und Stempel) des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.svagw.at/vvt.