

Vollmacht

Name/Vorname:(Vollmachtgeber/in)

Geburtsdatum:

Adresse:

erteilt hiermit an

Name/Vorname:(Bevollmächtigte/r)

Adresse:

Telefonnummer:

Bezug zum/zur Vollmachtgeber/in:

Die Vollmacht zur Vertretung in sämtlichen Belangen im Zusammenhang mit dem Bezug von Zusatzleistungen zur AHV/IV bei der Gemeinde Richterswil. Sämtliche Entscheide/Verfügungen und Korrespondenz sollen dem/der Bevollmächtigten zugestellt werden.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort/Datum

Unterschrift

.....

.....