

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/in die nachstehend aufgeführte Person als Vollmachtnehmer/in meine Interessen in Bezug auf Leistungen der AHV/IV sowie der mit ihr verbundenen Sozialwerke gegenüber der

Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen, Geltenwilenstrasse 16, 9001 St. Gallen

zu vertreten und die entsprechenden Rechtshandlungen vorzunehmen.

Es ist mir als Vollmachtgeber/in und der als Vollmachtnehmer/in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe der Leistungen beeinflussen können. Wir werden deshalb solche Änderungen sofort und unaufgefordert melden. Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Vollmachtnehmer/in

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon-Nummer
Adresse (Strasse, Nr.)	PLZ, Ort
Ort und Datum	Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nummer
Adresse (Strasse, Nr.)	PLZ, Ort
Ort und Datum	Unterschrift

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen Abteilung
Leistungen / Renten
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen
Abteilung Leistungen / Renten
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen