

Vertretungsvollmacht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Basel-Landschaft
IV-Stelle
Hauptstrasse 109
4102 Binningen

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/In dem/der nachstehenden Bevollmächtigten zur Wahrung meiner Interessen in sämtlichen Angelegenheiten betreffend die Invalidenversicherung die Vertretungs- und Prozessvollmacht.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname

Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Datum

Unterschrift

des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname

AHV-Nummer:

Geburtsdatum

Geschlecht

Mann Frau

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich die SVA BL von der Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Akteneinsicht zu gewähren.

Datum

Unterschrift

des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

(evtl. gesetzliche Vertretung)

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