

Vollmacht für Auskünfte / Akteneinsicht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Basel-Landschaft
IV-Stelle
Hauptstrasse 109
4102 Binningen

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die SVA BL, Invalidenversicherung, der oder dem Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

- Die Akteneinsicht gilt ausdrücklich **ohne** medizinische Berichte und Gutachten.
 Die Akteneinsicht gilt **einschliesslich** medizinischer Berichte und Gutachten.

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.)

Ich befreie die SVA Basel-Landschaft, Invalidenversicherung, im oben definierten Umfang von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Datum

Unterschrift

des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin
(evtl. gesetzliche Vertretung)

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