

Vollmacht

Persönliche Angaben der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Anrede Frau Herr Divers

Vorname Name _____

Anschrift _____

KV-Nummer _____

geboren am _____

Ich bevollmächtige

Vollmachtnehmer/in/Bevollmächtigte/r

Anrede Frau Herr Divers

Vorname Name _____

Anschrift _____

geboren am _____

Telefon _____

mich in allen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der AOK Baden-Württemberg und gegenüber der Pflegekasse bei der AOK BadenWürttemberg zu vertreten.

Der gesamte Schriftverkehr ist mit

Frau/Herrn/Divers _____ zu führen.

Die Vollmacht gilt bis zu meinem schriftlichen Widerruf.

Darüber hinaus soll die Vollmacht auch nach meinem Tod bestehen bleiben.

Ich erteile die Vollmacht freiwillig.

Datum

Unterschrift: Vollmachtgeber/in

