|  |
| --- |
| **Name, Vorname, Firma:** |

**Vollmacht zur Vertretung in Sozialversicherungsangelegenheiten**

Bevollmächtigter

**Heinrichs & Poerschke PartGmbB**

**vBP / StB**

**Hastener Str. 2**

**42349 Wuppertal**

In diesem Verfahren vertreten durch die nach bürgerlichem Recht dazu Befugten wird hiermit bevollmächtigt den/die Vollmachtgeber/in in allen sozialversicherungsrechtlichen und sonstigen Angelegenheiten gegenüber Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und sonstigen Stellen zu vertreten

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen und zu widerrufen.

Die Vollmacht gilt grundsätzlich zeitlich unbefristet. Die Vollmacht gilt, solange ihr Widerruf den Verfahrensbeteiligten nicht angezeigt worden ist. Bisher erteilte Vollmachten erlöschen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber/-in