

Vollmacht

Vollmachtgeber (Kunde)

Vertrags-Nr. _____

Firma _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vollmachtnehmer

Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Art der Vollmacht

☐ nur Auskunftsrecht bei Anfrage

☐ Auskunftsrecht und Zustellung sämtlicher Korrespondenz

- Der Vollmachtgeber ist sich bewusst, dass der Vollmachtnehmer sein Ansprechpartner in sämtlichen Angelegenheiten rund um die betriebliche Vorsorge ist, und dass sämtliche Korrespondenz über den Vollmachtnehmer abgewickelt wird.

Bemerkungen

Unterschrift Vollmachtgeber

Der Vollmachtgeber ermächtigt die Stiftung Sozialfonds zur Herausgabe von Informationen, die der Vollmachtnehmer zur Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der betrieblichen Personalvorsorge benötigt.

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf seitens des Vollmachtgebers oder der Stiftung Sozialfonds.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Unterschrift Vollmachtnehmer

Ort / Datum _____

Unterschrift _____