

Vertretungsvollmacht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Aargau
IV-Stelle
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau

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	Sozialversicherungsnummer (SV-Nr.):	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort, Kanton	Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich die SVA Aargau von der Schweigepflicht und ermächtige sie dem/der Bevollmächtigten Akteureinsicht 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).