

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

☐ Mann

☐ 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 Akteneinsicht 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).