

zurück an:
Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Fachbereich Mitgliedschaft und Beitrag
Orensteinstraße 10
56626 Andernach

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,
(Vollmachtgebende Person)

Name

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

bis auf Widerruf die Person
(Bevollmächtigte Person)

Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

mit der Wahrnehmung meiner Interessen. Der beziehungsweise die Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schreiben in Empfang zu nehmen.

Beitragsbescheide in Empfang zu nehmen.

Erklärungen für mich abzugeben.

Ort und Datum

Unterschrift