



ZUSTELLVOLLMACHT

nach § 9 (1) Zustellgesetz
für Zwecke der Sozialversicherung

Vollmachtgeberin/
Vollmachtgeber

Beitragskontonummer(n)

Bevollmächtigte/
Bevollmächtigter

Sämtliche Schriftstücke der
Bevollmächtigten

Gebietskrankenkasse sind der/dem

ab

(TT.MM.JJJJ)

zuzustellen.*

Bitte teilen Sie uns die Beendigung dieses Vollmachtsverhältnisses unverzüglich mit.

Unterschrift und Stempel der/des Bevollmächtigten

Unterschrift der Vollmachtgeberin/
des Vollmachtgebers
(Firmenmäßige Zeichnung)

* die Zustellvollmacht beinhaltet auch die Zustellung der Beitragsrechnungen an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten.