

**VOLLMACHT**  
**für Zwecke der Sozialversicherung**  
(gemäß § 110 ASVG gebührenfrei)

Der Dienstgeber

---

---

---

---

---

Beitragskontonummer(n)

---

bevollmächtigt

---

---

---

---

die Vertretung gegenüber der **OÖ Gebietskrankenkasse**

ab

 .  . 

(TT.MM.JJJJ)

in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu übernehmen.

**Zustellvollmacht:**

Sollen nunmehr alle Schriftstücke dem Bevollmächtigten zugestellt werden?

ja\*     nein\*

Bitte teilen Sie uns eine eventuelle Änderung bzw. Löschung dieser Vollmacht unverzüglich mit.

---

Unterschrift und Stempel  
des Bevollmächtigten

---

Unterschrift des Vollmachtgebers  
(Firmenmäßige Zeichnung)

\*Zutreffendes bitte ankreuzen