

Nachname, Vorname
des Mitglieds

Adresse

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

An den
Sozialverband VdK Bayern e.V.
Bezirksgeschäftsstelle Schwaben
Afrawald 7
86150 Augsburg

Auskunftsberechtigung

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen (z.B. Ehepartner, Kind usw.)

Herrn/Frau

geboren am:

Adresse:

Telefon:

- im Zusammenhang mit meinen beim Sozialverband VdK Bayern e.V. vorgetragenen sozialrechtlichen Angelegenheiten und
- im Zusammenhang mit meinen vom Sozialverband VdK Bayern e.V. vertretenen Rechtsverfahren

Auskünfte einzuholen und Unterlagen in Empfang zu nehmen sowie Auskünfte zu meiner Person zu erteilen und Unterlagen zu übergeben.

Diese Auskunftsberechtigung kann jederzeit widerrufen werden.

X

X

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds