



V o l l m a c h t

Rechtsanwälten

Gabriele Greiner-Zimmermann, Annette Heindörfer & Alban Westenberger
Bahnhofstr. 40, 94032 Passau

wird hiermit von

Name:

Anschrift:

Vollmacht erteilt,

- Anträge jeglicher Art zur Erlangung mir zustehender Leistungen aus dem Bereich des Sozialgesetzbuchs und Nebengesetze (einschl. eventueller betrieblicher Leistungen – z. B. Zusatzversorgung) zu stellen;
- Widerspruch und Klage zu erheben, Rechtsmittel einzulegen und alle Prozesshandlungen vorzunehmen, insbesondere Vergleiche abzuschließen und – soweit für die Ausübung des Mandats erforderlich – Untervollmacht zu erteilen;

Die mich untersuchenden und behandelnden Ärzte entbinde ich gegenüber meinem Bevollmächtigten und den Leistungsträgern – soweit für die Durchsetzung meiner Ansprüche erforderlich – von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Offenbarung personenbezogener Daten gegenüber meinem Bevollmächtigten nach §§ 67 ff. SGB X bin ich einverstanden.

ZUSTELLUNGEN bitte ich ausschließlich an meinen Bevollmächtigten zu veranlassen. Sämtliche Bescheide mit den dazugehörigen Anlagen und Unterlagen sind dem Bevollmächtigten zuzustellen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift