

Vertretungsvollmacht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

**IV-Stelle Basel-Stadt
Aeschengraben 9
Postfach
4002 Basel**

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/In dem/der nachstehenden Bevollmächtigten, zur Wahrung meiner Interessen in sämtlichen Angelegenheiten betreffend der Invalidenversicherung, die Vertretungs- und Prozessvollmacht.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname

Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Datum:

Unterschrift: _____

des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname

Sozialversicherungsnummer (SV-Nr.):

Geburtsdatum

Geschlecht

Mann Frau

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich die IV-Stelle Basel-Stadt von der Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Akteneinsicht zu gewähren. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Datum:

Unterschrift: _____

des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin
(evtl. gesetzliche Vertretung)

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.