

## Vollmacht zur Vertretung in Sozialversicherungsangelegenheiten

**Vollmachtgeber:** Firma/Herr/Frau: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
evtl. Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte Kanzlei:** ETL Lang & Kollegen Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Am Langen Steg 4  
92637 Weiden

Die bevollmächtigte Kanzlei wird hiermit bevollmächtigt, den Vollmachtgeber in allen sozialversicherungsrechtlichen und sonstigen Angelegenheiten wie beispielsweise Sozialversicherungs-Prüfungen, Lohnabrechnungen, Meldungen usw. gegenüber Krankenkassen, Rentenversicherungen und sonstigen Stellen zu vertreten.

Die bevollmächtigte Kanzlei ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen und zu widerrufen.

Die Vollmacht gilt grundsätzlich zeitlich unbefristet.

Die Vollmacht gilt, solange ihr Widerruf den Verfahrensbeteiligten nicht angezeigt worden ist. Diesbezüglich bisher erteilte Vollmachten zur Vertretung in Sozialversicherungsangelegenheiten erlöschen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Daten dieser Vollmacht elektronisch in einer Vollmachtsdatenbank gespeichert und an die betreffenden Stellen weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Vollmachtgeber**