

KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN
LANGE GASSE 53

TEL.: 01/406 15 86 – 0
E-MAIL: kobv@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Stand 03/2024

VOLLMACHT

Ich (Name des Mitgliedes), _____

bevollmächtige

Herrn Mag. Nikolaus CHOCHOLE
Herrn Mag. Stefan DEUTSCH
Frau Mag.^a Anna-Maria FLECK
Herrn Mag. Dominik HARRACH
Frau Mag.^a Marlies HOFMANN
Frau Mag.^a Carmen MUCHA
Frau Mag.^a Eva REDL
Frau Daniela SCHÖLL
Frau Eva SZIKORA
Frau Dr.ⁱⁿ Doris WIESMÜHLER
Frau Mag.^a Sabine WÖLKART

alle **Kriegsopfer- und Behindertenverband
für Wien, Niederösterreich und Burgenland
1080 Wien, Lange Gasse 53**

mich bei der Geltendmachung von Ansprüchen nach dem ASVG, GSVG, BSVG, B-KUVG, BPGG, BBG, BEinstG, AIVG, den Sozialentschädigungsgesetzen, sowie auf Sozialhilfe und anderen Begünstigungen zu vertreten.

Alle Vollmachten, welche ich in diesem Verfahren anderen Vertretern erteilt habe, ziehe ich hiemit zurück und erkläre diese für ungültig. Die Bevollmächtigten sind berechtigt, einen oder mehrere Substitute jederzeit zu bestellen.

Bescheide, Erkenntnisse und sonstige Schriftstücke sind den Bevollmächtigten zuzustellen. Die Verpflichtung aus dieser Vollmacht ist am Sitze des Bevollmächtigten bzw. des örtlich zuständigen Gerichtes zu erfüllen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten vom KOBV-Der Behindertenverband intern verarbeitet und an die zuständigen Behörden/Gerichte weitergeleitet werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)