

# V o l l m a c h t

SOZIALVERBAND

**VdK**

HESSEN-THÜRINGEN



Hiermit erteile ich **Herrn Oliver Sonntag, Frau Dr. Michaela Kröner, Herrn Christof Manfred Walter, Frau Helen Ördög, Herrn Jan C. Bachmann, Frau Jana Stein und Frau Regina Koch-Zapf** (nur für Widerspruchsverfahren),

\_\_\_\_\_ (nur zur Einlegung des Rechtsmittels)

vom Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V.,

**Bezirksgeschäftsstelle Darmstadt, Landgraf-Georg-Straße 58 - 60, 64283 Darmstadt**

in Sachen der/des

**gegen**

**wegen**

# V o l l m a c h t

zur Vertretung vor Sozialversicherungsträgern und Zusatzversorgungskassen, Verwaltungsbehörden und privaten Pflegeversicherern, Sozialgerichten, Hessischen Landessozialgericht und Verwaltungsgerichten mit allen sich aus **§§ 81 ff. ZPO** ergebenden Befugnissen.

Die Vollmacht ermächtigt auch zur Einsicht in Akten und ärztliche Gutachten und zur Vertretung im anschließenden Ausführungsverfahren sowie zum Versenden und Speichern von Daten in elektronischer Form. Im Zusammenhang damit entbinde ich tätig gewordene oder tätig werdende Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Die Vollmacht ermächtigt auch zur Bestellung eines Vertreters oder Unterbevollmächtigten. Alle früher erteilten Vollmachten sind hiermit ungültig.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift