



**Ausgleichskasse
Basel-Stadt**

Kompetenz · Leistung · Vertrauen

AHV/IV/EO und Familienausgleichskasse
Wettsteinplatz 1 · Postfach · 4001 Basel
Telefon +41 (0)61 685 22 22 · Fax +41 (0)61 685 23 23
info@ak-bs.ch · www.ak-bs.ch · Mo–Fr, 9.00–12.00/13.30–16.30h
Postkonto 40-220-4 · IBAN CH94 0900 0000 40000 0220 4

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/in die nachstehende Vollmachtnehmer/in meine Interessen in Bezug auf die

- Beiträge an die AHV/IV/EO und die mit ihr verbundenen Sozialwerke
- Familienzulagen (FAK)
- Mutterschaftsentschädigung (MSE)
- Rentenbereich

gegenüber der Ausgleichskasse Basel-Stadt, Wettsteinplatz 1, 4001 Basel zu vertreten und die entsprechenden Rechtshandlungen vorzunehmen. Ich befreie die Ausgleichskasse Basel-Stadt von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten sämtliche Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Vollmachtnehmer/in

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vollmachtgeber/in

Name/Vorname _____

AHV-Nummer

7	5	6									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____