

VOLLMACHT

In meinen Angelegenheiten zur Feststellung, Prüfung, Unterbrechung und Beendigung der Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit nach KSVG und SGB, sowie allen sich anschließenden Widerspruchsverfahren und weiteren Rechtsmittelverfahren, erteile ich,

Vorname Name

Adresse

PLZ Ort

Soz.Vers.Nr.

eine uneingeschränkte Vollmacht für

Frau

Rechtsanwältin Anja Lobinger

Augustinusstr. 11 D

50226 Frechen

Diese Vollmacht ermächtigt Frau Rechtsanwältin Lobinger gegenüber Sozialversicherungsträgern, insbesondere der Künstlersozialkasse und den gesetzlichen Krankenkassen, zur:

- Abgabe von Erklärungen
- Einholung von Auskünften
- Einlegung und Zurücknahme von Widersprüchen und anderen Rechtsmitteln
- Abgabe von einseitigen Willenserklärungen
- Vornahme von sonstigen Handlungen, die meine Sozialversicherungsangelegenheiten betreffenden
- Entgegennahme von Zustellungen

Ort, Datum

Unterschrift

