



VOLLMACHT

Daten des Arbeitgebers

Unternehmensnummer: LSS-Nummer:
Bezeichnung:
Straße: Nummer: Briefkasten:
Postleitzahl: Ort: Land:

Daten des Dienstleisters

SSA-Zulassungsnummer:
Nummer der Filiale von SSA, in der die Akte geführt wird:
Zulassungsnummer des Arbeitgebers (Fakultativ):
Unternehmensnummer:
Bezeichnung:
Straße: Nummer: Briefkasten:
Postleitzahl: Ort: Land:
Tel: e-Mail:

A. Erteilt die Vollmacht dem oben genannten Sozialdienstleister oder dem zugelassenen Sozialsekretariat, der/das die Ausführung der Formalitäten bezüglich der sozialen Sicherheit in ihrem Namen und für ihre Rechnung akzeptiert.

Die Vollmacht bezieht sich spezifisch auf folgende Anwendungsgruppe(n) (1)*:

Soziale Sicherheit

- DIMONA
- DMFA
- Internationale Abteilungen

Soziale Risiken

- ESR Arbeitslosigkeit
- ESR Entschädigungen
- ESR Arbeitsunfälle
- Vorübergehende Arbeitslosigkeit

Sonstige

- Sigedis (DB2P - Arbeitgeber)
- Vereinsarbeit
- Guichet einzigartig WIB

Quartal der Gültigkeit : / (Q/JJJJ)

B. Bestätigt außerdem, dass dem vorherigen Bevollmächtigten (sofern zutreffend) korrekt gekündigt wurde.

C. Wählt den Wohnsitz am Sitz des Sozialdienstleisters bezüglich des Erhalts der Korrespondenz und der Mitteilungen des Amtes, damit letzteres alle Dokumente ordnungsgemäß an den Sozialdienstleister übermitteln kann.

D. Die Vollmacht tritt am ersten Tag des oben genannten Quartals der Gültigkeit in Kraft.

Für den Arbeitgeber:

Name :

Nationalregisternummer:

Datum der Unterschrift:

Unterschrift

Für den Dienstleister:

Name:

Nationalregisternummer:

Datum der Unterschrift:

Unterschrift

WICHTIGE HINWEISE:

(1) Wenn eine oder mehrere Anwendungsgruppen angekreuzt wurden, bedeutet dies, dass der Dienstleister Zugang zum elektronischen Netz der sozialen Sicherheit, sowie zur Basisinfrastruktur und zur Software hat, die notwendig sind, um die Verpflichtungen des Arbeitgebers zu verwalten.