

**Ausgleichskasse
IV-Stelle
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:**

Ausgleichskasse/IV-Stelle Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

**Rechtshandlungen
mit der IV-Stelle Obwalden:
Vollmacht**

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber /
Vollmachtgeberin die nachstehende, als
Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete
Person, meine Interessen in Bezug auf die
Leistungen der IV-Stelle Obwalden
wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der
IV-Stelle Obwalden sowie die Ergreifung von
Rechtsmitteln.

Ich befreie die IV-Stelle Obwalden von der
beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht
und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten
Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu
gewähren.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen
vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit
meinem Ableben, der Verschollenenerklärung
oder dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen
Widerruf gültig.

- Ich wünsche, dass die IV-Stelle Obwalden
ab sofort sämtliche Korrespondenz dem/der
Bevollmächtigten zustellt.

● **Bevollmächtigter / Bevollmächtigte:**

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

● **Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin:**

Abr.-Nr. / AHV-Nummer:

Name, Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,
muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.