

**Ausgleichskasse
IV-Stelle
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:**

IV-Stelle Obwalden
Postfach
6061 Sarnen

► **Auskünfte und Akteneinsicht:
Vollmacht:**

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber

Name und Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx):

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber die IV-Stelle Obwalden, der nachstehend aufgeführten Person/Institution Auskünfte zu erteilen und umfassende Akteneinsicht zu gewähren. Gestützt auf diese Vollmacht kann die bevollmächtigte Person/Institution bei Bedarf gegenüber der IV-Stelle Obwalden um Auskünfte oder Akteneinsicht nachsuchen.

Name, Vorname / Institution:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

■ ■ ■ ■
Datum:

Unterschrift:

.....
(evtl. Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin, des gesetzlichen Vertreters)