



Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die nachstehende, als Vollmachtnehmer / Vollmachtnehmerin bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Zusatzleistungen zur AHV/IV gegenüber der Gemeinde Bachenbülach, Schulhausstrasse 1, 8184 Bachenbülach, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin und dem Vollmachtnehmer / der Vollmachtnehmerin bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen werden deshalb durch mich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin oder durch die als Vollmachtnehmer / Vollmachtnehmerin bezeichnete Person unverzüglich der Gemeinde Bachenbülach gemeldet.

Ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin und die nachstehende, als Vollmachtnehmer / Vollmachtnehmerin bezeichnete Person nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zurück zu erstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

- **Vollmachtnehmer / Vollmachtnehmerin:**

Name, Vorname / Institution

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Ort und Datum:

Unterschrift:

- **Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin (ZL- Bezüger / ZL Bezügerin):**

AHV- Nummer:

Name und Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Ort und Datum:

Unterschrift:
