

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige Abrechnungsstelle
des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems (GKFS) beim PMO

Vollmacht
für alle meine Angelegenheiten mit dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems (GKFS)

Ich, der/die Unterzeichnete

Pensionsnummer:

Anschrift:
.....

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Organ:

Abrechnungsstelle:

Als Vollmachtgeber bevollmächtige ich hiermit die unten genannte Person, an meiner Stelle und im Einklang mit meinen Interessen sowie den Vorschriften des Organs alle meine Angelegenheiten mit meiner GKFS-Abrechnungsstelle zu regeln.

Mit dieser Vollmacht, die ab dem gültig ist, ist der Bevollmächtigte berechtigt:

- Unterlagen zu unterzeichnen und Verwaltungsschriftverkehr zu führen im Zusammenhang mit Kostenerstattungs- und Genehmigungsanträgen,
- Telefongespräche mit dem GKFS zu führen,
- Kostenerstattungs- und Genehmigungsanträge in Papierform einzureichen,
- Online über Staff Contact Fragen zu stellen und Anfragen einzureichen,
- Und generell und ohne Einschränkung sämtliche erforderlichen Schritte zur Wahrung der Interessen des Vollmachtgebers zu ergreifen.

Kopien meines Ausweises sowie des Ausweises der bevollmächtigten Person sind diesem Dokument beigelegt. Die bevollmächtigte Person wird mit den Dienststellen der Institutionen in Kontakt treten und wurde über die geltenden Vorschriften und Verfahren informiert. Die bevollmächtigte Person erhält eine Kopie dieses Dokuments.

Ich übernehme die volle Verantwortung für die Handlungen meines Bevollmächtigten.

Der Unterzeichnete:.....

Diese Vollmacht kann jederzeit durch ein Schreiben an Ihre GKFS-Abrechnungsstelle beim PMO widerrufen werden.

Vollmacht erteilt an:

Herrn/Frau:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beziehung zum Vollmachtgeber (*Nichtzutreffendes bitte streichen*):

- Ehepartner oder Partner in häuslicher Gemeinschaft

- Verwandtschaftliches Verhältnis:
.....

- AIACE-Mitglied

- Freund

Datum: **Unterschrift:**

Anlage(n):