

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn/Frau

Vorname _____

Familiennamenname _____

mich,

Vorname _____

Familiennamenname _____

Sozialversicherungs – Nr. _____

bei der Krankenfürsorgeanstalt Graz (KFA-G),
in folgender Angelegenheit/in folgenden Angelegenheiten zu vertreten.

- Abfrage von Gesundheitsdaten
- Einreichung von Rückverrechnungen
- Beantragung von Heilmitteln, Unterstützungen
- In sämtlichen sozialversicherungsrechtlichen Themen

Datum und Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in