

Künstler-Sozialversicherungsfonds

A-1010 Wien, Goethegasse 1, Stiege 2, 4. Stock

T: +43 (1) 586 71 85 F: +43 (1) 586 71 85 7959

E: help@ksvf.at H: http://www.ksvf.at



VOLLMACHT

VOLLMACHTGEBER/VOLLMACHTGEBERIN

Zuname:	Akad. Grad:	Vorname:		
VSNR und Geburtsdatum:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	weiblich	männlich	divers
PLZ/Ort:				
Straße:				
Telefon:		E-Mail:		

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Zuname:	Akad. Grad:	Vorname:		
PLZ/Ort:		weiblich	männlich	divers
Straße:				
Telefon:		E-Mail:		

Ich ermächtige die bevollmächtigte Person, mich in allen rechtlichen und tatsächlichen Belangen vor dem Künstler-Sozialversicherungsfonds zu vertreten.

Ich erkläre mich hiermit im Sinne des Art 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens des Künstler-Sozialversicherungsfonds verarbeitete Daten für Zwecke der Durchführung des Verfahrens bekannt gegeben bzw. übermittelt werden. Ein gänzlicher und teilweiser Widerruf dieser Vollmacht ist im Zweifel nur wirksam, wenn der Künstler-Sozialversicherungsfonds darüber schriftlich verständigt wurde. Diese Verständigung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Unterschrift des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten