

Vollmacht

betreffend sämtliche Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem (PMO-GKFS)

Der/die Unterzeichnete,

Pensionsnummer:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Organ:

Abrechnungsstelle: LUXEMBURG

bevollmächtigt als Vollmachtgeber die nachfolgend genannte(n) Person(en) als Vollmachtnehmer, ihn/sie in seinem/ihrer Namen im Einklang mit seinen/ihren Interessen und mit den Vorschriften des Organs in sämtlichen Angelegenheiten gegenüber der Abrechnungsstelle des GKFS zu vertreten.

Diese Vollmacht ist gültig ab dem; der Vollmachtnehmer wird hiermit bevollmächtigt:

- Unterlagen zu unterzeichnen und Verwaltungsschriftverkehr im Zusammenhang mit Kostenerstattungs- und Genehmigungsanträgen zu führen;
- Telefongespräche mit dem GKFS zu führen;
- Kostenerstattungs- und Genehmigungsanträge elektronisch beim GKFS einzureichen;
- über PMO Contact/Staff Matters Fragen zu stellen und Anträge auf Berichtigung einzureichen;
- generell und ohne Einschränkung sämtliche erforderlichen Schritte zur Wahrung der Interessen des Vollmachtgebers zu ergreifen.

In der Anlage sind die Ausweisdokumente der Personen beigelegt, die zur Korrespondenz mit den Dienststellen des Organs bevollmächtigt sind. Eine Kopie der vorliegenden Vollmacht wird den Beteiligten ausgehändigt. Damit wird bestätigt, dass sie über die damit einhergehenden gültigen Regelungen und Verfahren unterrichtet wurden. Die Vollmachtnehmer handeln entsprechend ihrem Auftrag und ihrer Verfügbarkeit getrennt voneinander in der Reihenfolge, in der sie benannt werden, wobei der/die Unterzeichnete für ihr Handeln verantwortlich bleibt.

(Seite 1 ist von der unterzeichnenden Person/Vollmachtgeber zu paraphieren)

Diese Vollmachten können **jederzeit** auf einfachen Antrag in Schriftform beim PMO-GKFS **widerrufen** werden und sind alle 3 Jahre zu überprüfen.

Die Vollmacht wird erteilt an:

1. Herrn/Frau:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beziehung zum Vollmachtgeber: *(Nichtzutreffendes streichen)*

- Verwandtschaftliches Verhältnis:
..... ;
- AIACE-Mitglied;
- Freund/in.

Unterschrift des Vollmachtnehmers:

Unterschrift des Vollmachtgebers (Unterzeichnete/r):

Anlagen:

Kopie des Ausweisdokuments des Vollmachtgebers

Kopie des Ausweisdokuments des Vollmachtnehmers