

## Vollmacht

Hiermit ermächtige ich als **Vollmachtgeber/-in** (Versicherte/-r)

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

die

IV-Stelle Kanton Bern  
Scheibenstrasse 70  
3001 Bern

der nachstehend erwähnten **Ärztin** bzw. dem nachstehend erwähnten **Arzt**

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Klinik/Spital/Praxis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

eine **Kopie von zukünftigen Vorbescheiden und Verfügungen betreffend Rentenleistungen** zuzustellen.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

- Bitte kreuzen Sie vorstehendes Kästchen an, falls Sie wünschen, dass wir der obenerwähnten Ärztin oder dem obenerwähnten Arzt eine Kopie des letzten Vorbescheids oder der letzten Verfügung betreffend Rentenleistung zustellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person  
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)