

Akteneinsicht und Auskunft Vollmacht im IV-Verfahren

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 nachstehenden **Person/Institution**

| | |
|-------------------|-------|
| Name/Vorname | _____ |
| Institution/Firma | _____ |
| Adresse | _____ |
| PLZ/Ort | _____ |
| Telefon | _____ |

mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und **vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischen und beruflichen Unterlagen**, zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)