

Vollmacht

Hiermit ermächtige und beauftrage 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 Vorbescheid und Verfügung betreffend Rentenleistungen** zuzustellen.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)