

## 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)