

# Vollmacht

Der (die) Unterzeichnete bevollmächtigt die Ausgleichskasse des Kantons Wallis der nachstehenden Zahnarztpraxis

Adresse der Zahnarztpraxis:

.....  
.....  
.....

Bank- oder Postverbindung (Zahlungsadresse, IBAN-Nr.):

.....  
.....  
.....

den Betrag für die im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV anerkannten Honorare (inkl. Laborkosten) für die Behandlung der untenstehenden Person direkt zu überweisen.

Name, Vorname, Adresse der behandelten Person:

.....  
.....  
.....

Diese Vollmacht ist gültig für die Behandlungsperiode vom ..... bis .....

Ort und Datum:

.....

Unterschrift der behandelten Person oder deren Vertreter(in):

.....  
(Name, Vorname, Adresse der Vertretung:)

.....