

Der Unterzeichner / Die Unterzeichnerin erteilt hiermit

Vollmacht

für die Vertretung in der Sache

gegen: _____
(Name der Krankenversicherung)

gültig für

Rechtsanwältin Mihriban Katharina Terhechte, Schierker Straße 2, 12051 Berlin

Die Vollmacht umfasst die Befugnis:

- zur Führung des Widerspruchsverfahrens;
- zur Abgabe und Entgegennahme von einseitigen Willenserklärungen in Zusammenhang mit der oben genannten Angelegenheit;
- Zustellungen zu bewirken und entgegenzunehmen;
- die Vollmacht ganz oder teilweise auf andere zu übertragen (Untervollmacht);
- Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten;
- den Rechtsstreit oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen sowie
- Akteneinsicht zu nehmen.

Die Vollmacht ist gültig für das Widerspruchsverfahren.

(Ort, Datum)

(Name)

(Unterschrift)