

Mandant:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Vollmacht

**Steuerkanzlei Kuhn PartGmbB Steuerberater
Florian Kuhn, Steuerberater,
Fabian Kuhn, Steuerberater
Gärtnerstr. 17-19,
67105 Schifferstadt
Telefon 06235/7061, Fax 06235/2086**

wird hiermit die Vollmacht nach § 13 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch i.V.m § 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Sozialgerichtsgesetz erteilt,

mich/uns als Arbeitgeber in allen Angelegenheiten betreffend die gesetzliche Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Arbeitslosen, Pflege- und Unfallversicherung), insbesondere im Beitragsverfahren und bei Prüfungen,

zu vertreten und in meinem/unserem Namen Anträge zu stellen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen bzw. zu erteilen.

Ort, Datum

.....
(Unterschrift ggf. Stempel)