

VOLLMACHT FÜR DIE ADMINISTRATIVE VERTRETUNG

Der Unterzeichnete (NAME und VORNAME des Heimbewohners):

Geboren am: _____

AHV-Nummer: _____

Wohnsitz: _____

zur Zeit im Heim: _____

ernennt hiermit

Herrn / Frau: _____

Wohnhaft in: _____

Verwandschaftsgrad: _____



HOME
PFLEGEHEIME



SPITALWEG
SPITEX



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch

**ZUR BEZUGSPERSON, BEAUFTRAGT, MEINE LAUFENDEN
GESCHAEFTE ZU ERLEDIGEN, das heisst:**

- Verwaltung, Kontrolle und Bezahlung der laufenden Kosten, insbesondere der Rechnungen des Heimes aus meinem eigenen Guthaben;
- Administrative Vorkehrungen zu treffen und Schritte betreffend Sozialleistungen und deren Auszahlungen zu unternehmen;
- Verwaltung meiner persönlichen Ausgaben und/oder die Kontrolle des vom Heim erstellten diesbezüglichen Kontos;
- Verbindung mit der Krankenversicherung.

Die vorliegende Vollmacht ist zeitlich nicht begrenzt. Sie ist gültig, wenn der Vertreter und der Auftraggeber bei der Dokumentunterzeichnung urteilsfähig sind. Sie erlischt mit dem Verlust der Urteilsfähigkeit des Auftraggebers oder des Vertreters. Das Erwachsenenrecht wird angewendet.

Der Unterzeichnete anerkennt hiermit, dass Rechtshandlungen, die gestützt auf vorliegende Vollmacht von der beauftragten Person vorgenommen werden, für ihn jederzeit verbindlich sind.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____



HOME
PFLEGEHEIME



SPITEX



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch