

VOLLMACHT

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die rentenausrichtende Ausgleichkasse oder die IV-Stelle des Kantons Wallis, der folgenden Anstalt:

.....
eine Kopie der Verfügungen betreffend die Invalidenrente, die Hilflosenentschädigung sowie die Ergänzungsleistungen, die zu Gunsten von

Name und Vorname:

Geburtsdatum: **AHV-NR.:**

Erlassen wurde, zu senden.

Datum:

Unterschrift des/der Versicherten oder des
Vertreters/ der Vertreterin:

.....