## Erklärung über die Vertretungsbefugnis

Die *[Firmenname],* *[Straße],* *[Ort],* *[Firmenbuchnummer]*, erklärt hiermit ausdrücklich, dass die/jede der nachfolgend angeführte/n Person/en das Unternehmen gegenüber dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: Dachverband) solange allein vertritt, solange dem Dachverband vom Unternehmen nichts Gegenteiliges mitgeteilt wird.

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname, E-Mailadresse  | Versicherungsnummer  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Im Fall der Antragstellung eines Unternehmens mit Sitz im Ausland wird anstelle der Versicherungsnummer das Geburtsdatum der jeweiligen Person/en angegeben.

Ein aktueller Firmenbuchauszug liegt bei.

Die Erklärung wird dem Dachverband per E-Mail an ew-reg@sozialversicherung.at übermittelt.

Ein Widerruf der gesamten Erklärung oder ein Widerruf bzw. eine Änderung hinsichtlich einzelner Vertreter ist nur mittels des jeweiligen Formulars an den Dachverband per E-Mail an ew-reg@sozialversicherung.at jederzeit möglich.

*Ort/Datum* *rechtsgültige Unterfertigung*

*(Firmenstempel, händische Unterschrift, Name der jeweiligen Person(en) in Blockbuchstaben)*