

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

Stand 08/2025

## VOLLMACHT

Ich (*Name des Mitgliedes*), \_\_\_\_\_

bevollmächtige

Herrn Mag. Nikolaus CHOCHOLE  
Frau Mag.<sup>a</sup> Anna-Maria FLECK  
Frau Mag.<sup>a</sup> Marlies HOFMANN  
Frau Bettina KEIMEL  
Frau Mag.<sup>a</sup> Mirna KUSLJUGIC  
Frau Mag.<sup>a</sup> Carmen MUCHA  
Frau Mag.<sup>a</sup> Marie-Christin PILZ  
Frau Mag.<sup>a</sup> Charlotte Anna Maria POEFFEL  
Frau Mag.<sup>a</sup> Eva REDL  
Frau Daniela SCHÖLL  
Frau Eva SZIKORA  
Frau Dr.<sup>in</sup> Doris WIESMÜHLER  
Frau Mag.<sup>a</sup> Sabine WÖLKART  
Frau Mag.<sup>a</sup> Deva ZWITTER

alle **Kriegsopfer- und Behindertenverband  
für Wien, Niederösterreich und Burgenland  
1080 Wien, Lange Gasse 53**

mich bei der Geltendmachung von Ansprüchen nach dem ASVG, GSVG, BSVG, B-KUVG, BPGG, BBG, BEinstG, AIVG, den Sozialentschädigungsgesetzen, sowie auf Sozialhilfe und anderen Begünstigungen zu vertreten.

Alle Vollmachten, welche ich in diesem Verfahren anderen Vertretern erteilt habe, ziehe ich hiermit zurück und erkläre diese ungültig. Die Bevollmächtigten sind berechtigt, einen oder mehrere Substitute jederzeit zu bestellen.

Bescheide, Erkenntnisse und sonstige Schriftstücke sind den Bevollmächtigten zuzustellen. Die Verpflichtung aus dieser Vollmacht ist am Sitze des Bevollmächtigten bzw. des örtlich zuständigen Gerichtes zu erfüllen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten vom KOBV-Der Behindertenverband intern verarbeitet und an die zuständigen Behörden/Gerichte weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)