

# Vollmacht

Hiermit erteile ich

Herrn Rentenberater Reinhard Helmut Rink, Germanenweg 3, 35578 Wetzlar

Vollmacht zu meiner gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung. Die Vollmacht umfasst das Verhandeln, die Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und Rechtsmitteln sowie die Anforderung und Entgegennahme von Urkunden, insbesondere Personenstandsurkunden. Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, Zustellungen zu bewirken und entgegen zu nehmen, Geld und Urkunden, insbesondere die vom Gegner, der Justizkasse oder sonstigen Stellen zu erstattenden Beträge entgegen zu nehmen und ohne die Beschränkung des § 181 BGB darüber zu verfügen sowie Kostenfestsetzungsverfahren zu führen. Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden tätig zu werden.

**Jeglichen Schriftwechsel bitte ich nur mit meinem Bevollmächtigten zu führen.**

Die Vollmacht gilt zeitlich unbefristet und erlischt nur durch schriftlichen Widerruf durch den Vollmachtgeber oder den Bevollmächtigten. § 168 BGB findet insoweit keine Anwendung.

Die Vergütung für die Tätigkeit des Rentenberaters erfolgt nach dem Vergütungsverzeichnis des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (RVG), soweit keine separate Vergütungsvereinbarung getroffen wurde.

Ich willige ein, dass die Korrespondenz zwischen Herrn Rink und mir per E-Mail erfolgt. Die Korrespondenz mit den zuständigen Behörden und Gerichten darf Herr Rink per De-Mail führen.

Ich willige ein, dass Herr Rink die von mir im Rahmen dieses Vertrags zur Verfügung gestellten Daten zum Zwecke der Beratung speichern und verarbeiten darf.

## Eigene Angaben

Name, Vornamen   
(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname

Straße

PLZ  Ort

Geburtsdatum  Geburtsort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Soweit es zur Verfolgung meiner Ansprüche erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die mich bisher untersucht und behandelt haben und mich in Zukunft noch untersuchen und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte Einsichtnahme in ärztliche Gutachten.

Ich willige ein, dass Herr Rink die von mir im Rahmen dieses Vertrags zur Verfügung gestellten Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zum Zwecke der Beratung speichern und verarbeiten darf. Meine Daten dürfen an die jeweils zuständigen Rentenversicherungsträger, Versorgungsämter, Arbeitsagentur, Sozialgerichte, Versicherungsunternehmen, berufsständische Versorgungseinrichtungen, Zusatzversorgungskassen weitergegeben werden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

2. Unterschrift