

# 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:

.....