

Vollmacht (für lose Personengruppen)

Ort, Datum:

Wir, die Mitglieder der Selbsthilfegruppe

.....

Name der Selbsthilfegruppe (in Blockschrift)

bevollmächtigen mit unserer Unterschrift auf der nächsten Seite die nachstehenden Personen

..... (1. Vertretungsperson) Geb.-Dat.:

Adresse:

und

..... (2. Vertretungsperson) Geb.-Dat.:

Adresse:

Name des/der Bevollmächtigten, Geburtsdatum, Adresse des/der Bevollmächtigten (in Blockschrift),

für den Förderzeitraum: 01.01. bis 31.12.20....

zu sämtlichen rechtsgeschäftlichen Vertretungsakten im Zusammenhang mit einer Förderung (gemäß den spezifischen Förderrichtlinien für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und den allgemeinen Förderrichtlinien der Wiener Gesundheitsförderung) für unsere Selbsthilfegruppe.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten gegenüber der Wiener Gesundheitsförderung. Insbesondere umfasst die Vollmacht sämtliche Vermögens- und Rechtsangelegenheiten ohne jede Ausnahme, sowie eine Prozess-, Inkasso- und Postvollmacht.

Ein Widerruf oder eine Änderung der Vollmacht hat schriftlich per Post an die Wiener Gesundheitsförderung, Treustraße 35-43, 1200 Wien, oder per E-Mail (office@wig.or.at) zu ergehen. Bis zu einem derartigen Widerruf gilt die Vollmacht im bisherigen Umfang weiter, es sei denn, dass der Wiener Gesundheitsförderung das Erlöschen oder die Änderung bekannt oder aus grober Fahrlässigkeit unbekannt war.

Hiermit wird die Wiener Gesundheitsförderung ermächtigt, auf Grundlage der DSGVO, sämtliche Daten im Rahmen einer gesetzlichen Prüfung den Prüforganen (z.B. Stadtrechnungshof oder Bundesrechnungshof) offen zu legen bzw. zu übermitteln.

Die Vollmacht ist befristet auf die jeweilige Förderperiode und endet mit der Erledigung der damit verbundenen Förderabrechnung.

Vollmacht (für lose Personengruppen)

Hier bitte den Namen, das Geburtsdatum, die Adresse und die Unterschrift der ausstellenden Personen (Mitglieder der SHG) dieser Vollmacht eintragen:

Vorname	Strasse und HausNr.		
Nachname	Geb.-Dat.:	PLZ u. Ort	Unterschrift
1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)

Die hier unterzeichnenden Personen bevollmächtigen die auf Seite 1 angeführten Vertretungspersonen für den angegebenen Zeitraum zu sämtlichen rechtsgeschäftlichen Vertretungsakten im Zusammenhang mit einer Förderung (gemäß den spezifischen Förderrichtlinien für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und den allgemeinen Förderrichtlinien der Wiener Gesundheitsförderung) für die Selbsthilfegruppe.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung in allen gerichtlichen und außergesellschaftlichen Angelegenheiten gegenüber der Wiener Gesundheitsförderung. Insbesondere umfasst die Vollmacht sämtliche Vermögens und Rechtsangelegenheiten ohne jede Ausnahme, sowie eine Prozess-, Inkasso- und Postvollmacht.

Ein Widerruf oder eine Änderung der Vollmacht hat schriftlich per Post an die Wiener Gesundheitsförderung, Treustraße 35-43, 1200 Wien, oder per E-Mail (office@wig.or.at) zu ergehen. Bis zu einem derartigen Widerruf gilt die Vollmacht im bisherigen Umfang weiter, es sei denn, dass der Wiener Gesundheitsförderung das Erlöschen oder die Änderung bekannt oder aus grober Fahrlässigkeit unbekannt war.

Hiermit wird die Wiener Gesundheitsförderung ermächtigt, auf Grundlage der DSGVO, sämtliche Daten im Rahmen einer gesetzlichen Prüfung den Prüforganen (z.B. Stadtrechnungshof oder Bundesrechnungshof) offen zu legen bzw. zu übermitteln.

Die Vollmacht ist befristet auf die jeweilige Förderperiode und endet mit der Erledigung der damit verbundenen Förderabrechnung.