

## SICHERE KOMMUNIKATION

Wir erweitern für Sie unser Dienstleistungsangebot. Wir wollen in Zukunft Ihre Anliegen noch unbürokratischer und schneller erledigen. Der Schutz der persönlichen Daten der von Ihnen vertretenen Person(en) ist uns dabei ein wichtiges Anliegen. Schicken Sie uns die Einverständniserklärung, damit wir unseren Service für Sie in folgenden Bereichen optimieren können:

- ✓ **Kommunikation per E-Mail**
- ✓ **Kennwort bei Auskünften**

### **Kommunikation per E-Mail**

Gerne beantworten wir in Zukunft Ihre Anfragen und Anträge auch per E-Mail. Wollen Sie dieses Angebot nutzen, dann geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse bekannt. Bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung, legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei (Reisepass, Personalausweis oder Führerschein) und retournieren Sie diese an das angeführte Postfach oder per E-Mail an die SVA-Landesstelle der von Ihnen vertretenen Person(en).

### **Kennwort bei Auskünften**

Datenschutz ist uns ein wichtiges Anliegen. Damit wir in Zukunft am Telefon oder bei Vorsprachen die Identität besser prüfen können, geben Sie bitte ein Kennwort bekannt. So sind persönliche Daten geschützt. Bitte übermitteln Sie uns auch eine Telefonnummer, damit wir Sie im Fall der Fälle telefonisch erreichen können.

**Für Fragen rufen Sie bitte 05 08 08-3022**

Bitte schicken Sie die Erklärung unterschrieben an folgende Adresse:

**Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**  
**Postfach 10, 1051 Wien**

oder per E-Mail an

**die SVA-Landesstelle der von Ihnen vertretenen Person(en).**

**Bitte legen Sie eine Kopie Ihres amtlichen Lichtbildausweises bei!**

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Notare       Rechtsanwälte       Wirtschaftstreuhänder       Bilanzbuchhalter  
 Vertragspartner     Pflegevereine (Die von Ihrem Verein vertretenen Personen bitte im Beiblatt anführen!)

### Ihre Kanzlei-/Vertragspartner-/Vereinsdaten:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Name:

**VPNR**

(Vertragspartnernummer):

Adresse:

Straße / Haus-Nr. / Stock / Tür

Postleitzahl / Ort

### Ihre Personendaten als vertretungsbefugte Person:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

VSNR:

Nachname:

Vorname:

### Zustimmung zum Empfang von E-Mails

Ihre E-Mail-Adresse:

Ich möchte die Vorteile des E-Mail-Verkehrs mit der SVA der gewerblichen Wirtschaft nutzen. Ich bin mit der unverschlüsselten E-Mail-Übermittlung der personenbezogenen Daten jener Personen einverstanden, mit deren Vertretung ich betraut und bevollmächtigt bin bzw. deren Zustimmung ich hierzu eingeholt habe. Mir ist bewusst, dass der E-Mail-Verkehr kein absolut sicheres Kommunikationsmittel darstellt. Auf die von mir bekannt gegebene(n) E-Mail-Adresse(n) habe nur ich bzw. ein von mir befugter Personenkreis Zugriff. Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

ja     nein

Änderungen zu dieser Erklärung sind ausschließlich unter Verwendung der oben angeführten E-Mail-Adresse möglich!





**BEIBLATT zur EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG  
für Pflegevereine**

**Ihre Personaldaten als vertretungsbefugte Person:**

*Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!*

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

---

**Personendaten der von Ihnen vertretenen Personen:**

*Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!*

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

- Eine Vollmacht liegt bei.
- Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.

---

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

- Eine Vollmacht liegt bei.
- Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.



**Personendaten der von Ihnen vertretenen Personen:**

*Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!*

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

- Eine Vollmacht liegt bei.
  - Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.
- 

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

- Eine Vollmacht liegt bei.
  - Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.
- 

**VSNR:**

**Nachname:**

**Vorname:**

- Eine Vollmacht liegt bei.
- Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.

Unterschrift der vertretungsbefugten Person

Datum (TT MM JJJJ)

Name und Anschrift des Vollmachtgebers/  
der Vollmachtgeberin:

.....  
.....  
.....  
.....

Name und Anschrift des Bevollmächtigten/  
der Bevollmächtigten:

.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

**VOLLMACHT**  
für Zwecke der Sozialversicherung  
(gebührenfrei gemäß § 46 GSVG)

Ich, ....., Versicherungsnummer .....,  
bevollmächtige .....,  
mich bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu vertreten.

- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 7 Abs. 2 DSG 2000 damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verarbeitete Daten bekannt gegeben beziehungsweise übermittelt werden.
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten Schriftstücke der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zugestellt werden (Zustellvollmacht).
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 1008 ABGB damit einverstanden, dass der/die Bevollmächtigte über eventuelle Beitragsguthaben verfügen kann (Geldvollmacht).  
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unverzüglich durch den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte schriftlich verständigt.

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers/  
der Vollmachtgeberin

.....  
Unterschrift (und Stempel) des Bevollmächtigten/  
der Bevollmächtigten