Vorname Name

Strasse Hausnummer

PLZ Ort

Swisscom (Schweiz) AG

Priorité

Via dei Gaggini 3

6500 Bellinzona

Ort, Datum

**Vollmacht**

Als Vertragsinhaber/-in (Name und Anschrift)

bestätige ich nachfolgend aufgeführte Person (Name, Geburtsdatum und Ausweisnummer der bevollmächtigten Person) zu bevollmächtigen damit er/sie folgendes ausführen kann:  
  
- genaue Angaben über Mutationen/Informationen (allgemein oder spezifisch) und jegliche Einschränkungen/Reserven zu dieser Vollmacht)

- Swisscom Abonnement: (Telefonnummer, welche die Vollmacht betrifft)

Diese Vollmacht ist gültig von (Datum) bis 01.02.2023.

Anhänge

- Kopie des Ausweises (Swisscom-Vertragsinhaber/-in)

- Kopie des Ausweises (Bevollmächtige Person)

.............................. ..............................  
Ort, Datum Vollmachtgeber/-in