**Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/-in (Versicherte/-r)**

Versicherten Nr.: 756.

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

**die zuständige IV-Stelle inklusive regionalärztlichen Dienstes (RAD),**

IV-Stelle:

Adresse:

PLZ/Ort:

der

**Befas Zentralschweiz**

Allmendstrasse 18

6048 Horw

041 545 87 20

mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischer und beruflicher Unterlagen zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zum Abschluss der beruflichen Abklärung gültig.

Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person