Formular 1 – Meldung Vertrauensperson

|  |
| --- |
| Grundlage:  Weisung über die Sicherheit der gemeinsamen Anwendungen (SGA) in den Bereichen AHV/IV/EO/EL/FamZLw/FamZ.  Die Randziffern zu den Rubriken sind im Formular aufgeführt. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Organisation**  *(Rz 1205)* | Name der Durchführungsstelle:  Strasse / Nr.:  PLZ / Ort:  AHV-Ausgleichskasse Nr. :  IV-Stelle Kanton :  Familienausgleichskasse Nr. 6  EL-Stelle Kanton :  Weitere : |
| **Leiter/in Durchführungsstelle** | Name:  Vorname:  Tel.:  E-mail: |
| **Identifikation der Vertrauensperson** | Name:  Vorname:  Tel.:  E-mail: |
|  | |
| **Änderung der persönlichen Daten** | Bitte geben Sie die neuen persönlichen Daten bekannt:  Name :  Tel. :  Email :  Weitere : |
| **Aufhebung**  (*Rz 2113)* | Sofort :  Datum der Aufhebung: |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Leiter/in der Durchführungsstelle | Vertrauensperson: |
| Ort und Datum : | Ort und Datum : |
| Unterschrift : | Unterschrift : |

Das Formular an Access Center zurücksenden per E-Mail [access-center@zas.admin.ch](mailto:access-center@zas.admin.ch) (PDF Dokument) oder per Post an:

Access Center

Centrale de compensation

Av. Edmond Vaucher 18

1211 Genève 2

**Validierung durch Access center**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Validierungsschritt** | 1. Erhalten am : 2. Bearbeitet am : 3. Per Email bestätigt am :   Bemerkungen : |
|  | |