Formular 1 – Meldung Vertrauensperson

|  |
| --- |
| Grundlage: Weisungen 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. :      [ ]  E-Mail :      [ ]  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 (PDF Dokument) oder per Post an:

Access Center

Centrale de compensation

Av. Edmond Vaucher 18

1211 Genève 2

**Validierung durch Access center**

|  |
| --- |
|  |
| **Validierungsschritte** | 1. Erhalten am :
2. Bearbeitet am :
3. Per E-Mail bestätigt am :

Bemerkungen :       |
|  |