

# VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,

Name

Vorname

geboren am

derzeit wohnhaft in

PLZ/Ort

Straße und Hausnummer

die

**Wehlage & Kollegen Insolvenzverwalter GmbH**

sich von den folgenden Institutionen/Stellen:

**Agentur für Arbeit | Jobcenter | Rentenkasse |  
Krankenkasse | Arbeitgeber**

Auskunft über die dort vorliegenden Daten bzgl. meiner Person einzuholen und sich die aktuellen Einkommensnachweise **(Leistungs-, Renten-, Krankengeldbescheide, Lohn- oder Gehaltsabrechnungen)** übersenden zu lassen. Die Vollmacht gilt bis zur Beendigung des Insolvenzverfahrens bzw. so lange, bis sie von mir widerrufen wird.

Datum

Unterschrift

Ansprechpartner:

**Leonhard Wehlage**  
Diplom-Kaufmann (FH)  
Geschäftsführer

**Dr. Michael Schreier LL.M.**  
Geschäftsführer

in Kooperation mit:

Dr. Schreier & Partner  
Rechtsanwälte PartG mbB

**Dr. Michael Schreier LL.M.**  
**Leonhard Wehlage**

**Anna Albers**

**Michael Semder**

**Claas Schmidt LL.M.**

**Dr. Constanze A. Scheuerl**

**20355 Hamburg**  
Kaiser-Wilhelm-Straße 115  
Tel. 040 328905500  
Fax 040 328905501

**39104 Magdeburg**  
Haackelstraße 10  
Tel. 0391 55688880  
Fax 0391 55688881

**49809 Lingen**  
Hügelweg 11  
Tel. 0591 90010000  
Fax 0591 90010001

**50672 Köln**  
Hohenzollernring 57  
Tel. 0221 99989050  
Fax 0221 99989051

Wehlage & Kollegen  
Insolvenzverwalter GmbH

Sitz der Gesellschaft:  
Lingen, AG Osnabrück  
HRB 214259

[kontakt@wehlage-kollegen.de](mailto:kontakt@wehlage-kollegen.de)  
[www.wehlage-kollegen.de](http://www.wehlage-kollegen.de)