Versorgungskasse
Deutscher Unternehmen

Vollmacht zur Ausübung des Stimmrechts in der Mitgliederversammlung der Versorgungskasse Deutscher Unternehmen VVaG am 20.06.2023 in Kiel

Hiermit erteile ich Herrn/Frau

Nachname, Vorname

TT MM JJJJ
Geburtsdatum

PLZ

Straße

Ort

in seiner/ihrer Eigenschaft als stimmberechtigtes Mitglied die Vollmacht, in der Mitgliederversammlung am 20.06.2023 mein Stimmrecht auszuüben.

Partner-Nr. (wenn bekannt)	**Geburts-datum** *	**Name** * (in Druckbuchstaben)	**Vorname** * (in Druckbuchstaben)	**Unterschrift** *

*** Pflichtfelder. Bei unvollständigen Angaben kann die Stimmrechtsübertragung nicht vorgenommen werden.**

Versorgungskasse
Deutscher Unternehmen VVaG
Zum Dänischen Wohld 1–3
24159 Kiel

T 0431 39968-0
F 0431 39968-25
info@versorgungskasse.de
www.versorgungskasse.de