

Name, Vorname	Ort, Datum
Zum Aktenzeichen: II/O-	Telefon

Kommunaler Versorgungsverband
 Mecklenburg-Vorpommern
 Fachbereich II
 Knooper Weg 71
 24116 Kiel

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Vorname, Name der/des Bevollmächtigten	Geburtsdatum
--	--------------

Vollständige Anschrift der/des Bevollmächtigten	Telefon
---	---------

mich in allen Versorgungsangelegenheiten gegenüber dem Kommunalen Versorgungsverband Mecklenburg-Vorpommern zu vertreten.

Diese Vollmacht gilt auch für den Empfang schriftlicher Mitteilungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) :

ja

nein; Empfängeradresse

vollständige Anschrift

--

Unterschrift Versorgungsberechtigte/r

--

Unterschrift Bevollmächtigte/r

--