



Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
Beihilfekasse
Postfach 1209
16771 Gransee

Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname (Vollmachtgeber(in))	Geburtsdatum	Geschäftspartner-Nr.
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		Telefonnummer

folgende bevollmächtigte Person:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	Telefonnummer

in meinem Namen Anträge zu stellen, anfallenden Schriftverkehr zu führen, Auskünfte zu erhalten, Widersprüche/Klagen zu erheben, rechtsverbindlichen Willenserklärungen abzugeben und die sich für mich ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen.

Bescheide und Schreiben der Beihilfekasse sollen künftig (*bitte nur ein Kreuz*)

- weiterhin mir zugesandt werden (Vollmachtgeber(in)).
 meiner bevollmächtigten Person zugesandt werden.

Die Beihilfe ist zu überweisen auf

- mein bekanntes Konto (Vollmachtgeber(in)).
 folgendes Konto:

Kontoinhaber(in)	Geldinstitut
IBAN	BIC

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf ist anzuzeigen.

Datum, Unterschrift Vollmachtgeber(in)	Datum, Unterschrift bevollmächtigte Person
--	--