

Vorname, Name	Ort, Datum
Aktenzeichen im Fachbereich Versorgung: Sachb.- Nr. / Personalnummer	Telefon: Aktenzeichen im Fachbereich Beihilfe: Sachb.- Nr. /DSt. - Nr./ Personalnummer

Versorgungsausgleichskasse  
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein  
Fachbereich/e Versorgung/Beihilfe  
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
  Beihilfeangelegenheiten

gegenüber der Versorgungsausgleichskasse der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein zu vertreten.

Der gesamte Schriftverkehr ist an folgende Person zu richten:

- Versorgungsberechtigte(r)
  Beihilfeberechtigte(r)
- Bevollmächtigte(r)
  Bevollmächtigte(r)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Unterschrift Versorgungs-/Beihilfeberechtigte/r
---

Unterschrift Bevollmächtigte/r
--------------------------------