

Vorname, Name	Ort, Datum Telefon:
Aktenzeichen im Bereich Versorgung: Sachb.-Nr./Personalnr.	Aktenzeichen im Bereich Beihilfe: Personalnr.

Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
Bereich/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

