
Name, Vorname

Ort, Datum

Sachb.Nr./DSt.Nr./Personalnummer

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname, Geburtsdatum, vollständige Wohnanschrift

Herrn/Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum

vollständige Wohnanschrift, Telefon

meine Heilfürsorgeansprüche gegenüber der Versorgungsausgleichskasse der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein – Beihilfekasse –, Knooper Weg 71, 24116 Kiel, geltend zu machen.

Die Kostenerstattungsbescheide der Beihilfekasse sind folgender Person zu übersenden:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Heilfürsorgeberechtigter Bevollmächtigte/r

Unterschrift d. Vollmachtgebers

Unterschrift d. Bevollmächtigten

Urschriftlich an

Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein
Beihilfekasse
Knooper Weg 71

24116 Kiel