

EMPFANGSVOLLMACHT

Hiermit benennen die unten genannten Gesellschafterinnen und Gesellschafter einstimmig

(Hier bitte nur die Person angeben, die für die Gesellschaft bevollmächtigt wird!)

als postempfangsbevollmächtigte Person der

(Name/Bezeichnung der Gesellschaft)

Angabe zu allen aktuellen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern:

Vor- und Familienname bzw. Name des Unternehmens	Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Kontakt:

☎ Service-Center: 04421 9289000
Sprechzeiten: Montag – Freitag 9:00 Uhr – 16:00 Uhr
Hausanschrift: Gökerstr. 14, 26384 Wilhelmshaven
Internet: www.kuenstlersozialkasse.de

Konten:

Hamburger Sparkasse	IBAN: DE18 2005 0550 1280 1233 55 BIC: HASPDEHHXXX
Postbank AG	IBAN: DE57 2501 0030 0361 9503 03 BIC: PBNKDEFF



Diese Vollmacht hat Gültigkeit bis zu Ihrem Widerruf.

Datum: _____