

Telefon 031 321 66 99  
personalvorsorgekasse@bern.ch  
www.pvkbern.ch

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern  
Laupenstrasse 10  
Postfach  
3001 Bern

### Vollmacht für die Zustellung der Korrespondenz an Dritte

#### Vollmachtgeber/in

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	756. _____
Telefon Nr.	_____	E-Mail	_____

Hiermit erteile ich der Personalvorsorgekasse der Stadt Bern den Auftrag, künftig bis auf Widerruf sämtliche Korrespondenz an folgende Adresse zuzustellen:

#### Vollmachtnehmer/in

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	PLZ / Ort	_____
Strasse	_____	E-Mail	_____
Telefon Nr.	_____		

Diese Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtnehmer/in