

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	_____		
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon Nr.	_____	E-Mail	_____

Diese Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer/in