

VERTRETUNGSVOLLMACHT
Mitgliederversammlung am 21. April 2026

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Ich Unterfertigte/r (Nachname Name) _____

geboren am _____ in _____

Steuernummer _____ Mitarbeiter im Betrieb _____

wohnhaft in (Straße/Platz) _____

PLZ _____ Gemeinde _____ Provinz _____

erteile die Vollmacht

dem Mitglied (Nachname Name) _____

geboren am _____ in _____

Steuernummer _____ Mitarbeiter im Betrieb _____

wohnhaft in (Straße/Platz) _____

PLZ _____ Gemeinde _____ Provinz _____

**mich bei der Mitgliederversammlung
vom Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen WKR
am 21. April 2026 zu vertreten.**

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Dieser Vertretungsvollmacht beizulegen:

☐ Kopie der Identitätskarte jenes Mitglieds, welches die Vollmacht erteilt.

Dem Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen vorbehalten

Gemäß Statut Art. 17 kann ein Mitglied nur ein Mitglied vertreten.

Geprüft und genehmigt _____