

VERTRETUNGSVOLLMACHT
Mitgliederversammlung am 24. April 2025

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

VOLLMACHTGEBER:

Ich Unterfertigte/r (Nachname Name) _____

geboren am _____ in _____

Steuernummer _____ Mitarbeiter im Betrieb _____

erteile die Vollmacht

dem Mitglied (Nachname Name) _____

**mich bei der Mitgliederversammlung
vom Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen WKR
am 24. April 2025 zu vertreten.**

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Dieser Vertretungsvollmacht beizulegen:

☐ Kopie der Identitätskarte des Vollmachtgebers

Dem Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen vorbehalten

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

Geprüft _____