
Berufsgenossenschaft

-

Vertretungs- und Zustellungsvollmacht

Hiermit erteile ich:

Name: _____

Anschrift: _____

Kundenr.: _____

Herrn StB Dr. Christoph Möllers, Schloßstr. 19 in 50321 Brühl, Telefon 02232-47493, Fax 02232-941298, Vertretungs- und Zustellungsvollmacht.

Diese Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

Brühl, den

(Unterschrift)