

St.Galler Pensionskasse
Rosenbergstrasse 52
9001 St. Gallen

Vollmacht für die Zustellung der Korrespondenz sowie telefonische Auskunft an Dritte

Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber

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

Ich beauftrage die St.Galler Pensionskasse bis auf Widerruf sämtliche Korrespondenz an folgende Adresse zuzustellen und der Vollmachtnehmerin / dem Vollmachtnehmer telefonisch Auskunft zu erteilen.

Vollmachtnehmerin oder Vollmachtnehmer

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

Ort / Datum

Ort / Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber

.....
Unterschrift Vollmachtnehmerin oder Vollmachtnehmer

Vorname Name

Vorname Name