



E-Mail an ins.linz@ksv.at

Fax an **+43 (0)50 1870-99 8933**

Hiermit wird dem

Kreditschutzverband von 1870

Wagenseilgasse 7

1120 Wien

in Angelegenheit:

Restrukturierungsverfahren: _____

Restrukturierungsnummer: _____

Geschäftszahl: _____

Gericht: _____

gemäß § 253 Abs. 3 IO die Vollmacht erteilt, mich (uns) in allen Restrukturierungs-, Insolvenz-, und Schuldenregulierungsverfahren sowie in Insolvenzeröffnungsverfahren zu vertreten. Insbesondere bevollmächtige(n) ich (wir) ihn nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, für mich (uns) Forderungen anzumelden, Eingaben und Anträge, insbesondere Insolvenzanträge, einzubringen und zurückzuziehen, Rechtsmittel zu erheben, Zustellungen in Empfang zu nehmen, Vergleiche abzuschließen, Geld und Geldeswert in Empfang zu nehmen und das Stimmrecht in allen Verfahren für mich (uns) auszuüben.

Firmenname: _____

KSV1870 Nummer: _____

Bankverbindung (IBAN/BIC) _____

UID-Nummer _____

E-Mail Adresse(n) für Insolvenzinformationen und Berichte _____

Ich stimme der Zusendung von Insolvenzinformationen per E-Mail zu.

Diese Zustimmung kann jederzeit durch E-Mail an ksv.onlineservice@ksv.at widerrufen werden.

Ich bin noch kein Mitglied und interessiere mich für die Mitgliedschaft. Bitte informieren Sie mich über die Vorteile.

Ort / Datum _____

Name (Zeichnungsberechtigter Funktionsträger) _____

Unterschrift / Stempel _____