

**Vorab per Fax an die Geschäftsstelle**

**030 / 24 78 19 20**



Allianz Selbständiger  
Reiseunternehmen –  
Bundesverband e.V.

**Vollmachtgeber**

Mitgliedsnummer:

Firma:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ / Ort:

Die Vollmachten sind, gem. der Satzung und der Wahlordnung des asr Bundesverband e.V. bis spätestens **18.10.2019** bei der Geschäftsstelle (Original, Fax oder Mail) einzureichen und **müssen zur Mitgliederversammlung im Original vorliegen.**

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich / wir das asr - Mitglied

Frau / Herrn (Vorname, Name) \_\_\_\_\_

von der Firma (Name, Ort, Mitgliedsnummer) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

mich bei der Mitgliederversammlung der asr Allianz selbständiger Reiseunternehmen – Bundesverband e.V. am 02. November 2019 in Prag zu vertreten und das Stimmrecht für mich / uns auszuüben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift, Stempel