

Vollmacht

(Name und Adresse des/der Vollmachtgebers/in)

Name/Vorname/Firma

Adresse

PLZ, Ort, Land

Telefon-Nr.

E-Mail

als Gläubiger/in der **GZO AG** Spital Wetzikon, Spitalstrasse, 8620 Wetzikon

bevollmächtigt hiermit

(Name und Adresse des/der Bevollmächtigten)

Name/Vorname/Firma

Adresse

PLZ, Ort, Land

Telefon-Nr.

E-Mail

zu seiner/ihrer Vertretung im Nachlassverfahren der GZO AG. Der/die Bevollmächtigte ist ermächtigt, sämtliche Gläubigerrechte des/der Vollmachtgebers/in (insb. Anmeldung von Forderungen, Teilnahme an Gläubigerversammlungen, Teilnahme an Wahlen und Abstimmungen, inkl. Abstimmung über den Nachlassvertrag) wahrzunehmen.

Die vorliegende Vollmacht steht unter Schweizer Recht.

Ort, Datum

Unterschrift des Gläubigers oder seines Vertreters