

VOLLMACHT

Der/die unterzeichnete Gläubiger/in

(Name, Vorname oder Firma)

(falls vorhanden: Gläubiger-Nummer)

der GZO AG Spital Wetzikon mit Sitz in 8620 Wetzikon, **bevollmächtigt** hiermit unter Einräumung des Substitutionsrechtes und des Rechtes zur Mehrfachvertretung **folgenden Vertreter / folgende Vertreterin**

(Name, Vorname, Adresse) zur

Vertretung an der

**Gläubigerversammlung nach Art. 295b Abs. 2 SchKG vom 8. September 2025
im Nachlassverfahren der GZO AG Spital Wetzikon.**

Der Vertreter/die Vertreterin wird ermächtigt, den Gläubiger/die Gläubigerin in dieser Sache in vollem Umfange zu vertreten. Dies umfasst insbesondere die Befugnis, das Stimm- und Wahlrecht auszuüben.

Der/die Gläubiger/in:

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Bei juristischen Personen gemäss Zeichnungsberechtigung im Handelsregister

Der/die Vertreter/in muss an der Gläubigerversammlung folgende Dokumente vorweisen:

- ein **Ausweisdokument** von sich selbst;
- die **Vollmacht**;
- den **Zutrittsausweis** des/der vertretenen Gläubigers/Gläubigerin respektive bei Anleihegläubigern ohne Zutrittsausweis das **Blockierungszertifikat** der Depotbank bezüglich der Anleihetitel des/der vertretenen Gläubigers/Gläubigerin.