



ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTE & APOTHEKER
BANK AG

An die
Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG
z.H.: Gremialbetreuung
E-Mail: sekretariat@apobank.at

Bitte vorab per E-Mail übermitteln!

VOLLMACHT

Der/Die Unterzeichnende bevollmächtigt hiermit

zur Vertretung und Ausübung des Stimmrechtes für uns bei der

ordentlichen Hauptversammlung

am 15. Mai 2024

der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank AG

sowie zur Bestellung eines Unterbevollmächtigten.

Ort,

Datum

Firma (Stempel)
+ firmenmäßige Fertigung

Hinweis: Die Ausübung des Stimmrechtes durch Bevollmächtigte ist gemäß §§ 25 u. 26 der Satzung nur mit schriftlicher Vollmacht, welche von der Gesellschaft zurückzubehalten ist, zulässig. Vollmachten sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie nicht später als am dritten Tag vor der Versammlung bei der Gesellschaft einlangen oder sind am Tag der Hauptversammlung persönlich bei der Registrierung zur Hauptversammlung zu übergeben.