Anlage 3 zum Rundschreiben 01/2008 -Zusatzversorgungskasse-

Fax-Nr.: 03306/79 86 66

zurück an:

Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
Zusatzversorgungskasse
Postfach 1209

16771 Gransee

Mitgliedsnummer: __ __ __ __ __ __

Versicherungsnummer	Name, Vorname	**nicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert von – bis / seit
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---
---	---	---

---	---	---
Datum, Stempel	**Unterschrift des Mitglieds**	**Telefondurchwahl**