

Vollmacht Zusammenschluss zum Eigenverbrauch (vZEV)

Die Eigentümerschaft des Objektes

Objekt

Bezeichnung / Art _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Grundstücknummer _____

bevollmächtigen

Name, Vorname _____
Firma _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

zur Einrichtung des ZEV im genannten Objekt und setzen ihn/sie als Ansprechpartner/in ein.

Eigentümerschaft 1

Name, Vorname _____
Firma _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Ort, Datum,
Unterschrift _____

Eigentümerschaft 2

Name, Vorname _____
Firma _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Ort, Datum,
Unterschrift _____

Bitte senden Sie die Vollmacht an:

Technische Betriebe Grabs, Lindenweg 4, 9472 Grabs | 081 772 08 80 | tbg@grabs.sg.ch