



IVD West e.V.

DBV-winterthur



Absender / Stempel..... Datum: 2007

.....

.....

Fax: 0221 / 95 14 979
 Versorgungswerk des IVD West e.V.
 Postfach 27 05 79
 50511 Köln

Antwortfax

Wir sind an einer Teilnahme am Versorgungswerk des IVD West e.V. interessiert und bitten um unverbindliche

- Zusendung vertiefender Informationsunterlagen
- Kontaktaufnahme durch einen Fachberater des Versorgungswerkes des IVD West e.V. zwecks Vereinbarung eines persönlichen Beratungstermins

Unsere Kontaktdaten lauten:

Name, Vorname:

Firma:

Straße/PLZ/Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift / Stempel)