



IVD West e.V.

**DBV-winterthur**



Absender / Stempel. .... Datum: ..... 2009

.....

.....

**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)