



Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Nordrhein  
Postfach 10 51 32  
40042 Düsseldorf

## Einzugsermächtigung für Arbeitnehmerbeiträge zum VZN

---

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige Sie hiermit bis auf Widerruf, ab ..... die monatlichen Beiträge für meine Mitarbeiter zum VZN vom nachfolgend genannten Konto abzubuchen:

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

DIESE EINZUGSERMÄCHTIGUNG SOLL FÜR DIE VZN-BEITRÄGE ALLER MEINER DERZEITIGEN UND ZUKÜNFTIGEN ASSISTENTEN/ASSITENTINNEN GELTEN, soweit die Beitragserhebungen mit der KZ 5 (Firmenzahler, Lastschrift) geschlüsselt sind.

Name des Arbeitgebers / der Praxis: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für evt. Rückfragen: \_\_\_\_\_

---

Datum /Unterschrift des Kontoinhabers