



**Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 51 32
40042 Düsseldorf**

Mitglieds-Nr: _____

Name: _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Bank: _____ Kontoinhaber: _____
(sofern Mitglied u. Inhaber verschieden)

Datum /Unterschrift des Kontoinhabers