



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

Mitglieds-Nr.: _____

Name: _____

Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Monatsbeiträge zum VZN ab _____ von meinem Konto bei der KZV einbehalten und an das VZN überwiesen werden. (Eine rückwirkende Abbuchung für Vorjahre ist leider nicht möglich.)

Mein Konto bei der KZV wird unter folgender Abrechnungsnummer geführt:

Dieses Einverständnis gilt bis auf Widerruf auch bei Änderungen meiner KZV-Abrechnungsnummer.

(Ort / Datum)

(Stempel/Unterschrift)