



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

Name: _____

Renten-Nr.: _____

Änderung der Bankverbindung

Meine Rente vom VZN bitte ich ab _____ auf das nachfolgend
genannte Konto zu überweisen:

Vollständiger Bankname: _____

Vollständige Adresse der Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

IBAN* _____

SWIFT-BIC* _____

* zwingend erforderlich bei Zahlungen ins Ausland

Datum

Unterschrift des Rentenempfängers