



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:

IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SWIFT-BIC:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Kontoinhaber:

Datum

Unterschrift des Rentenempfängers