



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

Mitglieds-Nr.: _____

Name: _____

E r k l ä r u n g

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle nach § 8 der Satzung des VZN

ab _____

zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto bei der KZV einbehalten und an das VZN überwiesen werden.

(Eine rückwirkende Abbuchung für Vorjahre ist leider nicht möglich.)

Dazu beauftrage ich das VZN, die fälligen Beträge von der KZV anzufordern.

Ich beauftrage die KZV, die vom VZN angeforderten Beträge an das VZN zu überweisen.

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)