

**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: - - - - | - - - - | - - - - | - - - - | - - - - | - - - -

SWIFT-BIC: - - - - - - - - - -

Kontoinhaber: _____

Datum

Unterschrift des Rentenempfängers