

Name:.....
geb. am:

Mitglieds-Nr.:

Altersversorgungswerk der
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

BANKVERBINDUNGSÄNDERUNG

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Gültig ab:

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Altersrente mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtigte ich hiermit das Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen, ggf. überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzufordern, auf welches sie überwiesen worden sind. **Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Ich versichere, dass ich der Inhaber dieses Kontos bin.** Ansprüche gegen Personen, die zu Unrecht über überzahlte Rentenbeträge nach meinem Tod verfügen, bleiben hiervon unberührt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Mitglieds