

An das

Versorgungswerk
der Landes-zahnärztekammer Thüringen
Barbarosahof 16
99092 Erfurt

Betriebsnummer: _____

Änderung der Bankverbindung für Arbeitgeber

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00001250431

Mandatsreferenznummer: WIRD SEPARAT MITGETEILT!

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Bitte verwenden Sie ab dem _____ für alle Abbuchungen zum
Versorgungswerk meine/unsere neue Bankverbindung:

Bankverbindung: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)