

An das

Versorgungswerk  
der Landes-zahnärztekammer Thüringen  
Barbarosahof 16  
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

### **Änderung der Bankverbindung für Versorgungsempfänger**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Bitte verwenden Sie ab dem \_\_\_\_\_ für alle Überweisungen  
meine/unsere neue Bankverbindung:

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

#### **Aufschiebend bedingte Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich meine o. g. Bank mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, etwa überzahlte Versorgungsbezüge, die nach Eintritt des Todes ausgezahlt wurden, auf Anforderung dem Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen K.d.ö.R. zurückzuzahlen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)