Versorgungswerk
DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

Mitteilung / Änderung der Bankverbindung

Mitglieds-Nr.:

Mitteilung / Änderung der Bankverbindung

Zahlungsempfänger: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name und Ort des Kreditinstituts: _____

BIC (8- oder 11-stellig): | | | | | | | | | | | |

IBAN: D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Beginn der Änderung: _____

TVE01198

Ort, Datum

Unterschrift