

Vollmacht zum Rentenbezug

Antragsteller	Mitgl.-Nr.:
Titel, Nachname	Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)
<p>In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Versorgungsleistungen satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die</p> <p style="text-align: center;">Sächsische Ärzteversorgung Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden</p> <p>überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Eigenhändige Unterschrift des Kontoinhabers</p>	