Änderung der Bankverbindung für den Versorgungsbezug

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	Mitgliedsnummer

Änderung der Bankverbindung

1. Angaben zur Person

Familienname	Vorname (Rufname)
Titel	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

2. neue Bankverbindung für die Überweisung des Versorgungsbezuges

IBAN		
BIC* (*bei Auslandsüberweisungen anzugeben)		
Kontonummer* (*bei Überweisung außerhalb der EU anzugeben)		
Kreditinstitut		
Kontoinhaber/in	Familienname	Vorname (Rufname)

3. Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ort, Datum	**Eigenhändige** Unterschrift des Kontoinhabenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)