

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

Veränderungsmitteilung für Rentenbezieher

Name des Versorgungsempfängers

Geboren am

Rentennummer

Anschriftsänderung:

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefonnummer

Email

Bankverbindung für die Zahlung der Rentenleistung:

Bankinstitut

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Prüfziffer				Bankleitzahl								Kontonummer								

Abweichungen zum Kontoinhaber:

Sollten Sie nicht der Kontoinhaber sein, bitte diesen Vordruck selber und auch vom Kontoinhaber unterschreiben lassen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

- Ort/Datum - Unterschrift des Versorgungsempfängers und ggf. des Kontoinhaber