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

Veränderungsmitteilung für Rentenbezieher

Name _____

Geboren am _____

Rentennummer _____

Anschriftsänderung

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Bankverbindung für die Zahlung der Rentenleistung

Bankinstitut _____

Kontoinhaber _____

SWIFT /BIC _____

IBAN

Prüfziffer	Bankleitzahl	Kontonummer

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

_____

- Ort/Datum - Unterschrift des Versorgungsempfängers / Kontoinhaber -