

Nordrheinische Ärzteversorgung
Postfach 10 39 53
40030 Düsseldorf
Deutschland

Versicherungs-Nr.:

Angaben zur Bankverbindung

Meine Versorgungsbezüge sollen auf mein folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber*: Vorname, Nachname	
vollständiger Bankname*:	
Vollständige Adresse der Bank*:	
Bankleitzahl*:	
Kontonummer*:	
Bankland*:	
SWIFT-BIC*:	
IBAN*:	_____ _____ _____ _____ _____ ____

* **WICHTIG:** Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die vollständige und gut lesbare Angabe des Bankidentifikationscodes (**SWIFT-BIC**) und der internationalen Bankkontonummer (**IBAN**) zwingend erforderlich ist, da ansonsten die Überweisungen durch die in die Zahlungsabwicklung eingeschalteten Banken zurückgewiesen werden können. Hierfür entstehende zusätzliche Kosten gehen - ebenso wie etwaige für die Überweisung anfallende Bankgebühren - zu Ihren Lasten.

Datum

Unterschrift des Rentenempfängers