

**Altersversorgungswerk  
der Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover**

Telefon: 0511 21570-100  
E-Mail: [mitgliederverwaltung@avw-nds.de](mailto:mitgliederverwaltung@avw-nds.de)  
[www.avw-nds.de](http://www.avw-nds.de)

## BANKVERBINDUNGSÄNDERUNG

Mitgliedsnummer

Name  Vorname

Geburtsdatum

Kreditinstitut

IBAN  BIC  Gültig ab

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Altersrente mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtigte ich hiermit das Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen, ggf. überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzufordern, auf welches sie überwiesen worden sind. **Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Ich versichere, dass ich der Inhaber dieses Kontos bin.** Ansprüche gegen Personen, die zu Unrecht über überzahlte Rentenbeträge nach meinem Tod verfügen, bleiben hiervon unberührt.

Datum Ort Unterschrift