



Versorgungswerk

Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Versorgungswerk der
Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Bismarckallee 25
48151 Münster

**Versorgungswerk
der Apothekerkammer
Westfalen-Lippe**
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Bismarckallee 25
48151 Münster
Telefon: 0251 52005-12
Telefax: 0251 52005-70
E-Mail: a.misera@vawl.de
www.vawl.de

Bitte nicht doppelt zusenden, entweder per Post oder per Fax!

Name: _____

Mitgliedsnummer: _____

SEPA – Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Gültig ab: _____

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Altersrente gemäß § 24 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtigte ich hiermit das Versorgungswerk der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, ggf. überzahlte Rentenbeträge von dem Konto auf das Konto des Versorgungswerks zurück zu überweisen, auf das 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.

Freundliche Grüße

Datum / Unterschrift