

Bitte per Telefax 0 69/9 79 64-171 oder per Post an

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 Frankfurt am Main

Haben sich Ihre Daten geändert?

► Bisherige Angaben

Mitglieds-/Rentennummer	Name/Vorname
Anschrift	Geburtstag

► Neuer Name (Nachweis beifügen)

Gilt ab _____

► Neue Adresse

Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Telefon/Telefax/E-Mail	Gilt ab _____

► Neue Bankverbindung

Name der Bank	Gilt ab _____
BIC-Nummer/Swift-Code	
IBAN-Nummer	

► Arbeitgeberwechsel

Arbeitgeber, Ort	Gilt ab _____
------------------	---------------

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Hinweise: Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen.
 Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5a Hess. Heilberufsgesetz).

