

Auftrag Änderung Bankverbindung

Ärztesservicezentrum Leipzig/Dresden, Beethovenstraße 12, 04107 Leipzig

Kundennummer, Kundenname, Kundenanschrift

Vertragsnummern/Versicherungsgesellschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte nehmen Sie die nachstehende Änderung meiner persönlichen Daten vor:

Die Änderung gilt für alle Gesellschaften, bei den ich/wir Verträge führe/n.

Name der Versicherungsgesellschaft

NEUE Bankverbindung

Meine/Unsere **neue** Bankverbindung seit _____ lautet

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Unterschrift(en) zur Änderung der Bankverbindung

Ort, Datum _____

Unterschrift(en)
Kontoinhaber _____
