

Anlage zum Antrag auf Versorgungsleistungen

Sächsische
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Vollmacht zum Versorgungsbezug

1. Angaben zur antragstellenden Person

Familienname	Vorname (Rufname)
Titel	

2. Vollmacht

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Versorgungsleistungen satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

überzahlte Versorgungsleistungen von dem Konto zurückzufordern, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Kontoinhabenden