



Postanschrift: Postfach 81 08 51, 81901 München

Bankverbindung: Bayern LB, München

IBAN-Nr.: DE40 7005 0000 0000 0247 14

SWIFT (BIC): BYLADEMMXXX

BLZ 700 500 00, Kto.-Nr.: 24 714

Versicherungsnummer: J/B - V _____

Verpflichtungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Versorgungsbezüge des/der

Name, Vorname _____

geboren am _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

auf mein Konto:

IBAN | | | | | | | |

BIC | | |

Geldinstitut und Ort _____

überwiesen werden.

Ich verpflichte mich, Versorgungsbezüge, die für einen Zeitraum nach dem Tod des Versorgungsempfängers ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, unverzüglich an die Bayerische Versorgungskammer, Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen, zurückzuzahlen.

Name, Vorname
des Kontoinhabers _____

geboren am _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift