



## Für Beamtinnen/Beamte

1

### Angaben zur Person

Name, Vorname		Mitgliedsnummer in der Kammer
Straße	Nummer	Mitgliedsnummer im Versorgungswerk
Postleitzahl	Ort	E-Mail
Telefon Büro		Telefon Privat

2

### Folgende Versorgungsabgabe möchte ich entrichten:

- den jeweiligen Mindestbeitrag gemäß § 21 Abs. 2 der Satzung (181,35 € mtl.).
- Ich bin bereit, monatlich einen Betrag von  € zu entrichten.  
(mindestens 181,35 € mtl.)

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**HIER UNTERSCHREIBEN**

Wenn Sie dem Versorgungswerk der AKNW ein Mandat für den monatlichen Einzug der Versorgungsabgaben von Ihrem Bankkonto geben wollen, dann nutzen Sie hierfür bitte das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat.

Das unterschriebene Formular senden Sie bitte an das Versorgungswerk der AKNW, entweder per Fax an 0211. 49 23 8 63 oder als Anhang zum Kontaktformular auf unserer Internetseite: [vw-aknrw.de/kontakt](http://vw-aknrw.de/kontakt)

# SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf  
Fax. 0211. 49 23 8-63, vw-aknrw.de/kontakt

Wiederkehrende Zahlungen  
ab Beitragsmonat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige  
Versorgungsabgaben  
ebenfalls einziehen

## Referenzangaben

<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE74ZZZ00000293808	<i>Mandatsreferenz</i>
<i>Name des Mitglieds</i>	<i>Mitgliedsnummer</i>

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Angaben zur Kontoinhaberin / zum Kontoinhaber

<i>Name, Vorname</i>	
<i>Straße</i>	<i>Nummer</i>
<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
<i>IBAN</i>	
<i>BIC</i>	
<i>Kreditinstitut</i>	
<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift (en)</i>

Ausfertigung für den **Zahlungsempfänger**

# SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf  
Fax. 0211. 49 23 8-63, vw-aknrw.de/kontakt

Wiederkehrende Zahlungen  
ab Beitragsmonat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige  
Versorgungsabgaben  
ebenfalls einziehen

## Referenzangaben

<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE74ZZZ00000293808	<i>Mandatsreferenz</i>
<i>Name des Mitglieds</i>	<i>Mitgliedsnummer</i>

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Angaben zur Kontoinhaberin / zum Kontoinhaber

<i>Name, Vorname</i>	
<i>Straße</i>	<i>Nummer</i>
<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
<i>IBAN</i>	
<i>BIC</i>	
<i>Kreditinstitut</i>	
<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift (en)</i>

Versorgungswerk  
der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45  
40427 Düsseldorf