



WIJZIGING REKENINGNUMMER

Naam en voorletters _____

Geboortedatum _____

PMA registratienummer _____

Telefoonnummer Privé _____ Werk _____

Oud rekeningnummer _____

Nieuwe IBAN _____

Tenaamstelling rekeningnummer _____

Naam bank _____

Wijzigingsdatum _____

Ondergetekende verzoekt Pensioenfonds Medewerkers Apotheken het rekeningnummer te wijzigen.

Datum

Handtekening

Dit formulier ondertekend sturen naar:

Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
Postbus 97851
2509 GH DEN HAAG

Voor vragen kunt u contact opnemen met de PMA-Infolijn: (070) 311 01 55.