



SVARKUPON

**LÆGERNES
PENSIONS
BANK**

Jeg ønsker at oprette en parkeringsopsparing

Stilling: _____

Medlems CPR-nr.¹⁾: _____

Navn: _____

Telefon privat/mobil: _____

Adresse: _____

Telefon arbejde: _____

Postnr. og by: _____

E-mailadresse: _____

CPR.nr.: _____

¹⁾ Udfyldes, hvis kontohaver ikke er medlem af Lægernes Pen-

sionskasse eller DIP/JØP

Jeg bekræfter at have læst bankens pjece om Parkeringsopsparing.

Dato

Underskrift