

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

gültig ab: _____

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen	Betriebsnummer
Anschrift	

Hiermit ermächtige ich die

Krankenkasse

die fälligen Beiträge zur Sozialversicherung von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der o.g. Krankenkasse gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut
IBAN
BIC

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhaber