

## 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
<b>IBAN</b>
<b>BIC</b>

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhaber