

Firmenname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Betriebs-Nr. \_\_\_\_\_

An die Krankenkasse

---

---

---

### **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Ich/Wir ermächtige/n die \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Der Einzug gilt ab \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

von folgendem Konto:

---

IBAN

---

BIC Name der Bank

Die Firma ist Kontoinhaber

Ja  Nein (dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben)

#### **Kontoinhaber/in**

---

Name

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl/Ort

---

Land

---

Ort/Datum

---

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)/in