

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 \_\_\_\_\_