
Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Betriebsnummer (BNR)

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Region Berlin
Firmenkundenservice
14456 Potsdam

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19AOK00000018639

Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die jeweils fälligen Beiträge/Umlagebeträge, bei Firmenzahlern für die jeweils fälligen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, für die obengenannte Betriebsnummer (BNR) bei der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir 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.

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Adresse (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !

✘

Datum

✘

Unterschrift **Zahlungspflichtiger**
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder Bevollmächtigter



Telefon (Angabe freiwillig)

✘

Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**



Telefon (Angabe freiwillig)

Hinweis zum Datenschutz: Die Daten werden für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.