

KVNR/ANR _____ BNR _____

Name Versicherter / Firma _____

Strasse, PLZ Ort _____



Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Bitte senden an:

Wir benötigen das Formular
im Original. Eine Übermittlung
per FAX oder Mail ist rechtlich
nicht zulässig.

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren - Beiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-ID

DE03DAK00001901794

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mir/uns die Mandats-ID mitteilen und mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

gültig für Beiträge ab



und für rückständige Beiträge

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE _____

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

ggf. Firmenstempel

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
