AOK Sachsen-Anhalt
Die Gesundheitskasse.
45.10 KC Firmenkundenservice
39084 Magdeburg

Gläubiger-Identifikationsnummer AOK Sachsen-Anhalt:
DE17AOK00000007617

Mandatsreferenznummer:
WIRD SEPARAT MITGETEILT

Betriebsnummer:

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich/wir bei Änderungen die Mitteilung über die Höhe des zu zahlenden Betrages spätestens einen Tag vor Einzug erhalte/-n.

Name des Kreditinstitutes:

IBAN																					
D	E																				
BIC																					

Name, Vorname/Firma

Straße, Hausnummer/Postfach, Postleitzahl, Ort

Lastschrift ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift /Firmenstempel

☐ Ich bin **nicht** Inhaber/-in des angegebenen Girokontos; Kontoinhaber/-in ist:

Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichende/-r Kontoinhaber/-in

Telefon

Datum/ Unterschrift der/des Kontoinhaberin/ Kontoinhabers

Hinweis: Die Daten werden nur für das Lastschriftverfahren verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.