Bitte im Original zurücksenden

Gläubiger-Identifikationsnummer AOK Sachsen-Anhalt:
DE17AOK00000007617

AOK Sachsen-Anhalt
Die Gesundheitskasse

39084 Magdeburg

Mandatsreferenznummer:
WIRD SEPARAT MITGETEILT

KV-Nummer oder Geburtsdatum:

Name, Vorname der /des Versicherten:

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass ich 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																						

wirksam ab: _____

Datenschutzhinweis
Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung nach §§ 226 ff SGB V und §§ 54 bis 61 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Feststellung der Beitragspflicht, -bemessung bzw. –zahlung führen. Die Angabe der Telefonnummer, der Mobilnummer und/oder der E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnelleren Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/san/datenschutzrechte.

_____ _____
Telefon Datum/Unterschrift der/des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters des/der Zahlungspflichtigen

☐ 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 abweichende/-r Kontoinhaber/-in

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