

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für die Betriebsnummer

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die AOK Bremen/Bremerhaven, von meinem Konto/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der AOK Bremen/Bremerhaven 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/mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Kreditinstitut (Name)

IBAN

DE	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Für eventuelle Überweisungen zu meinen/unseren Gunsten soll dieses Konto auch als Empfängerkonto genutzt werden: ☐ ja ☐ nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die AOK Bremen/Bremerhaven die Beiträge von meinem/von unserem Konto einzieht.

Ort, Datum und Unterschrift

