
Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Betriebsnummer (BNR)

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
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 ! |

x _____
Datum

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

x _____
Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

 _____
Telefon (Angabe freiwillig)

 _____
Telefon (Angabe freiwillig)

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