

AOK NORDWEST  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

Name der/des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon/E-Mail-Adresse\*

Betriebsnummer

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Mandat für wiederkehrende Zahlungen       Mandat für einmalige Zahlung

Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für die/den oben genannte/n Zahlungspflichtige/n

ab sofort       ab Monat: \_\_\_\_\_

Ich/Wir ermächtige/n die AOK NORDWEST, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der AOK NORDWEST auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name/Firma des/der Kontoinhabers/-in (falls vom o. a. Zahlungspflichtigen abweichend)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Name des Kreditinstituts des Zahlers	BIC

IBAN

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift Kontoinhaber/-in**

\*Die Angabe der Telefonnummer bzw. der E-Mail-Adresse ist freiwillig.