SEPA-Lastschriftmandat

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

DE05ZZZ00000018503
Gläubiger-Identifikationsnummer

Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur als unterschriebenes Original gültig.

☐ Mandat für wiederkehrende Zahlungen
☐ Mandat für einmalige Zahlung

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die bei Fälligkeit zu zahlenden Beiträge von

Firma _____ Betriebsnummer _____

Firma _____

Anschrift _____

Ich ermächtige die AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat ist gültig ab _____

D E _____ IBAN _____ BIC

Bezeichnung des kontoführenden Geldinstituts _____

Vorname, Nachname/Firma (Kontoinhaber, falls abweichend) _____

Anschrift (Kontoinhaber, falls abweichend) _____

Datum _____ Unterschrift/Firmenstempel _____

Bitte informieren Sie uns, wenn sich die obigen Angaben ändern sollten.

Datenschutzhinweis
Die Erteilung eines SEPA-Mandates ist freiwillig. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Rheinland/Hamburg nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zum Zwecke der Erfüllung Ihrer Zahlungspflicht des Gesamtsozialversicherungsbeitrages nach § 28e Abs. 1 Satz 1 SGB IV erhoben und verarbeitet.