



Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven

Firmenkunden I
Telefon 0421 1761-77456
Telefax 0421 1761-91352

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer
DE16ZZ0000018499

Ihre Mandatsreferenznummer
WIRD SEPARAT MITGETEILT

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

AOK Bremen/Bremerhaven
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

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 _____

