

Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer

DE16ZZZ00000018499

Ihre Mandatsreferenznummer

WIRD SEPARAT MITGETEILT

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

Unser Zeichen:

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

WICHTIG: NUR IM ORIGINAL GÜLTIG!

Erteilung eines SEPA- Lastschriftmandats

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.

Betriebsnummer: _____

Arbeitgeber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

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