

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse  
Freiwillige Versicherung  
14456 Potsdam

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherternummer (KVNR)

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19AOK00000018639

Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die jeweils fälligen Beiträge zur Kranken- und/oder Pflegeversicherung für die obengenannte Krankenversicherternummer (KVNR) 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.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich/wir die Mitteilung über die Höhe des zu zahlenden Betrages spätestens einen Tag vor Einzug erhalte.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma)</b>	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
<b>Adresse</b> (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)	
<b>IBAN</b> (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen!

**x**

\_\_\_\_\_  
Datum

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Zahlungspflichtiger**  
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder  
Bevollmächtigter



\_\_\_\_\_  
Telefon (Angabe freiwillig)

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**



\_\_\_\_\_  
Telefon (Angabe freiwillig)

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