

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Krankenversicherung der Studenten
14456 Potsdam

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Krankenversichertennummer (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 Krankenversichertennummer (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.

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma)	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Adresse (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)	
IBAN (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.