

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
14456 Potsdam

Surname, first name (Name, Vorname)

House number and street
(Straße und Hausnummer)

City and postcode (Postleitzahl und Ort)

Health insurance number
(Krankenversicherungsnummer (KVNR))

SEPA direct debit mandate for recurring payments (SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen)

Creditor identification number (Gläubiger-Identifikationsnummer): DE19AOK00000018639

Mandate reference number: will be communicated separately (Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt)

This SEPA direct debit mandate applies to all amounts due to AOK Nordost – Die Gesundheitskasse for health and/or care insurance in relation to the above-mentioned health insurance number.

I/we authorise AOK Nordost – Die Gesundheitskasse to debit funds from my/our account via direct debit. I/we also instruct my/our bank to honour the payment debited from my/our account by AOK Nordost – Die Gesundheitskasse.

Note: I/we can request that any funds debited be repaid within eight weeks of the debit date. The terms agreed with my/our bank apply here.

I/we agree that I/we will receive notification of the amount to be paid at least one day before the payment date

Ich ermächtige die AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse auf mein 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.

The account holder is: Surname, first name/company <small>Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma)</small>	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
House number and street, city and postcode of alternative account holder <small>Adresse (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)</small>	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen!

x

Date Datum

x

Signature of the **insured person**, or of guardian/power of attorney if applicable
Unterschrift **Zahlungspflichtiger** ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder Bevollmächtigter



Telephone (optional)
Telefon (Angabe freiwillig)

x

signature of **alternative account holder**
Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**



Telephone (optional)
Telefon (Angabe freiwillig)

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