

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK
DE56AOK00000058422

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Name der/des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon/E-Mail-Adresse*

Versichertennummer

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Mandat für wiederkehrende Zahlungen Mandat für einmalige Zahlung

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Einzug von Kranken- und/oder Pflegeversicherungsbeiträgen ggf. inklusive Prämien für Wahltarife der/des oben angegebenen Zahlungspflichtigen. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt

ab sofort ab Monat: _____

Ich ermächtige die AOK NordWest, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK NordWest auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit der Verkürzung der Mitteilungsfrist über den Termin und die Höhe der einzuziehenden Beiträge (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

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.

Vorname und Name/Firma des/der Kontoinhabers/-in (falls vom o. a. Zahlungspflichtigen **abweichend**)

Postleitzahl und Ort

Straße und Hausnummer

Name des Kreditinstituts des Zahlers

BIC

IBAN

Datum und Unterschrift Kontoinhaber/-in

*Die Angabe der Telefonnummer bzw. der E-Mail-Adresse ist freiwillig.