

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.