Absender

Zurück an

AOK Bayern
Die Gesundheitskasse

Ihr Gesprächspartner

Unsere Zeichen

Telefon:

Telefax:

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Bayern: DE49AOK00000018487
Mandatsreferenz: _____

Ihre Betriebsnummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat
Hiermit ermächtige ich die AOK Bayern, ab _____ die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Bayern auf mein Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen. 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.

Name und Vorname/Firma:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Vorname und Anschrift):	
Kreditinstitut (Name und BIC) des Zahlers:	
Kontonummer:	**Bankleitzahl**
IBAN: D E . . / . . . . / . . . . / . . . . / . . . . / . .	
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. des abweichenden Kontoinhabers)	

Weitere wichtige Hinweise:
In Zusammenarbeit mit unseren Hausbanken haben wir sichergestellt, dass Ihr Bankkonto **taggenau zum jeweiligen Fälligkeitstag** mit den von Ihnen nachgewiesenen Beiträgen belastet wird. Stellen Sie bitte in diesem Zusammenhang sicher, dass uns Ihr Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem jeweiligen Fälligkeitstag (Tagesbeginn 0:00 Uhr) vorliegt. Bitte planen Sie dabei auch die Übermittlungszeit mit ein.

zfst2104 - 1401171241