SEPA-Lastschriftmandat

Allgemeine Angaben

Name | Vorname

Straße, Hausnummer | **PLZ, Ort**

Servicezeichen | Mandats-ID (wird von der KKH vergeben)

Ich ermächtige die KKH (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58KKH00000263929), **Beitragszahlungen ab Beitragsmonat/Jahr** _____ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KKH auf mein Konto gezogenen 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.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Vorname und Name Kontoinhaber/Firma

Wenn abweichender Kontoinhaber, bitte zusätzlich ausfüllen:

Straße und Hausnummer

PLZ | Ort

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. gesetzlicher Vertreter o. Bevollmächtigter)
(Diese Erklärung gilt, solange sie nicht der KKH gegenüber widerrufen wird.)

Wichtig:
Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig.
Änderungen teilen Sie uns bitte schriftlich mit.

KKH Kaufmännische Krankenkasse

08/13