

Lieber Kunde,

wir möchten Ihnen die Beitragszahlung so bequem wie möglich machen. Die Einzugsermächtigung bzw. das SEPA-Lastschriftmandat ist für Sie die einfachste Lösung und hilft Verwaltungskosten sparen.

Bitte senden Sie die Einzugsermächtigung / das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück. So ist die termingerechte Zahlung sichergestellt.

Versicherte/r (Name, Vorname)

KVNR

Strasse, PLZ Ort

Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

gültig für Beiträge ab 01.04.2021

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE69ZZZ00000194764

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Kontonummer

Bankleitzahl (BLZ)

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Lieber Kunde,

wir möchten Ihnen die Beitragszahlung so bequem wie möglich machen. Die Einzugsermächtigung bzw. das SEPA-Lastschriftmandat ist für Sie die einfachste Lösung und hilft Verwaltungskosten sparen.

Bitte senden Sie die Einzugsermächtigung / das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück. So ist die termingerechte Zahlung sichergestellt.

Versicherte/r (Name, Vorname)

姓, 名

KVNR
不需填写

Strasse, PLZ Ort

地址, 邮编和城市

Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

gültig für Beiträge ab 大学开始时间

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE69ZZZ00000194764

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

持卡人

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

持卡人地址邮编

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Kontonummer

选填

Bankleitzahl (BLZ)

Name des Kreditinstituts

银行名称

Ort und Datum

填表地点和日期

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

手写签名后扫描发回