

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
DE14ZZZ00000086144

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ordnungsbegriff (Betriebsnummer/KV-Nummer, Fallbündelnummer, Policennummer)

Name des Kontoinhabers	
Anschrift des Kontoinhabers	
Straße	Haus-Nr.
Postleitzahl	Ort
Name des Kreditinstituts	
BIC	
IBAN	
D E	

Für Privatkunden: Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name	Vorname
------	---------

Ich werde (Wir werden) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.