SEPA-Lastschriftmandat

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Gläubiger-ID: Nr. DE51TK100000031158
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ / _____

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug meines Beitrags von folgendem Konto ab ___ ___ ___ ___
Monat Jahr

IBAN **D E** _____

Nur auszufüllen bei abweichendem Kontoinhaber

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ / _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift ✗ _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen.
Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

Stand: 01/2014

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.