

KVNR/ANR	BNR
Name Versicherter / Firma	
Strasse, PLZ Ort	



Bitte senden an:

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555

DAK-Gesundheit Postzentrum  
22777 Hamburg

Wir benötigen das Formular  
im Original. Eine Übermittlung  
per FAX oder Mail ist rechtlich  
nicht zulässig.

## Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren - Beiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg	Gläubiger-ID DE03DAK00001901794
---	------------------------------------

### 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 mir / uns die Mandats-ID mitteilen und mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

gültig für Beiträge ab		<input type="checkbox"/> und für rückständige Beiträge
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)		
Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)		
IBAN		
Name des Kreditinstituts		
Ort und Datum	ggf. Firmenstempel	
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)		