

Name der Firma: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____
 Betriebsnummer:
 der Firma _____



SEPA-Lastschriftmandat

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**
 Mandats-Referenznummer: wird nachgereicht

Wir ermächtigen die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichten wir uns, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung unseres Mandats zu benachrichtigen.

Wir möchten, dass Sie die Beiträge von folgendem Konto einziehen:

DE _____
 IBAN

Einzug ab _____
 Monat Jahr

Die Firma ist Konto-Inhaber: ja nein, die Konto-Inhaberin / der Konto-Inhaber ist:

 Name der abweichenden Konto-Inhaberin / des abweichenden Konto-Inhabers

 Straße, Nr.

 PLZ Ort

Nur für Bankverbindung im Ausland

 IBAN

 BIC

 Bankname

 Ort Tag Monat Jahr Unterschrift der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

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

505307730260



Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

—

—