

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

—

—