

Absender

Zurück an

AOK Bayern  
Die Gesundheitskasse

Ihr Gesprächspartner

Unsere Zeichen

Telefon:

Telefax:

**Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Bayern: DE49AOK00000018487**

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

Ihre Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich die AOK Bayern, ab \_\_\_\_\_ die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Bayern auf mein Konto gezogene(n) Lastschriften 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.

<b>Name und Vorname/Firma:</b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	
<b>ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Vorname und Anschrift):</b>	
<b>Kreditinstitut (Name und BIC) des Zahlers:</b>	
<b>Kontonummer:</b>	<b>Bankleitzahl</b>
<b>IBAN: D E . . / . . . . / . . . . / . . . . / . . . . / . .</b>	
<b>Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers</b> (ggf. des abweichenden Kontoinhabers)	

**Weitere wichtige Hinweise:**

In Zusammenarbeit mit unseren Hausbanken haben wir sichergestellt, dass Ihr Bankkonto **taggenau zum jeweiligen Fälligkeitstag** mit den von Ihnen nachgewiesenen Beiträgen belastet wird. Stellen Sie bitte in diesem Zusammenhang sicher, dass uns Ihr Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem jeweiligen Fälligkeitstag (Tagesbeginn 0:00 Uhr) vorliegt. Bitte planen Sie dabei auch die Übermittlungszeit mit ein.