

KVNR/ANR  BNR

Name Versicherter / Firma

Strasse, PLZ Ort

**DAK**  
Gesundheit

Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555

*Bitte senden an:*

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

DE69ZZZ00000194764

### 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**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

ggf. Firmenstempel

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)