Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
22790 Hamburg

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Vers.-Nr.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE51TK100000031158**
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug meines Beitrags von folgendem Konto ab Monat Jahr

IBAN **D E**

Nur auszufüllen bei abweichendem Kontoinhaber

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ort _____ Datum Tag Monat Jahr Unterschrift Kontoinhaber/in _____

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

W000777