

Absender

Betr. Nr.

Krankenkasse

Fax:

SEPA-Lastschriftmandat Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erteile ich Ihnen für mein nachstehendes Konto eine
Abbuchungsgenehmigung für die Krankenkassenbeiträge.

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____