Europäisches Lastschriftmandat SEPA

Krankenkassenbeiträge

Kontoinhaber

Name - Vorname:

Adresse:

Kennnummer

Ermächtigung

Ich Unterzeichnete(r) ermächtige die **CKK Verviers-Eupen (137),** Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers (Rechnungsaussteller), zum Fälligkeitsdatum Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen, und zwar bis auf ausdrücklichen Widerruf meinerseits für

- **die Krankenkassenbeiträge**

mit der Mandatsreferenz: ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐ ☐☐

auf den Namen von:

durch Belastung des Bankkontos:

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

☑ Wiederkehrende Lastschrift Frequenz: ☐ jährlich ☐ vierteljährlich ☐ zweimal jährlich

Datum, Ort und Unterschrift des Auftrags

Datum: .....-.....-.....

Name, Vorname: .....

Ort der Unterschrift: .....

Unterschrift: .....

Durch Ihre Unterschrift ermächtigen Sie die CKK Verviers-Eupen (137), Ihrer Bank Anweisung zur Belastung Ihres Kontos zu erteilen und weisen Ihre Bank an, die Lastschriften entsprechend den Anweisungen der CKK Verviers-Eupen (137) einzulösen. Sie haben das Recht, von Ihrer Bank eine Erstattung des belasteten Betrags entsprechend den mit Ihrer Bank vereinbarten Bedingungen einzufordern. Erstattungsforderungen sind innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung Ihres Kontos, zu stellen.
Über Ihre Rechte hinsichtlich des hiermit erteilten Mandats werden Sie in einem Merkblatt aufgeklärt, das bei Ihrer Bank erhältlich ist.

Der Krankenkasse vorbehalten

Gläubiger

Name: CKK Verviers-Eupen (137)

Anschrift: Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers

Gläubiger-Identifikationsnummer: BE08003050D000404

FO- FRM100_DG_AS3211 (04.05.0014) - 0000001 - 25-02-2021 - ComforM - v11