Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Firmenname _____

_____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Betriebs-Nr. _____

Bitte wählen Sie Ihren Rücksendeweg aus:

☒ per Post
☐ per Fax

Bitte beachten Sie: Der Antrag muss handschriftlich unterschrieben sein.

SEPA-Lastschriftmandat

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

Wir ermächtigen die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichten wir uns, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung unseres Mandats zu benachrichtigen.

Der Einzug gilt ab ____ ____ (Monat Jahr)

IBAN _____

Die Firma ist der Kontoinhaber: ☐ Ja ☐ Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben

_____
Vorname, Nachname bzw. Firma

_____
Straße, Nr.

_____ _____
PLZ Ort

Ort _____ Datum ____ ____ ____ (Tag Monat Jahr) Unterschrift Kontoinhaber/in _____

Die 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).

W000918