Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

SEPA-Lastschriftmandat

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

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Techniker Krankenkasse bzw. Pflegeversicherung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse bzw. Pflegeversicherung auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich/verpflichten wir uns, die Techniker Krankenkasse bzw. Pflegeversicherung bei Beendigung meines/unseres Mandats zu benachrichtigen.

Bitte ziehen Sie die Beiträge von folgendem Konto ein.

D E

IBAN

Einzug ab

Monat Jahr

Ich bin Kontoinhaber/in ☐ ja ☐ nein, dann bitte abweichende/n Kontoinhaber/in angeben:

Vorname Nachname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ort Tag Monat Jahr Unterschrift Kontoinhaber/in

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit. Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V, § 284 SGB V i. V. m. § 53 SGB V und § 94 SGB XI.