BNR

Name Firma

Strasse, PLZ Ort

DAK Gesundheit

Telefonische Erreichbarkeit:
040 325325555

Bitte senden an:

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Wir benötigen das Formular im Original. Eine Übermittlung per FAX oder Mail ist rechtlich nicht zulässig.

SEPA-Lastschriftmandat / DAK-Beitrag

Zahlungsempfänger:	DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg
Gläubiger-ID der DAK-Gesundheit:	DE03DAK00001901794
Mandatsreferenznummer:	wird nachgereicht

Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Beiträge von unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zusätzlich beauftragen wir unsere Bank, die von der DAK-Gesundheit gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen nach dem Belastungsdatum die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserer Bank vereinbarten Bedingungen.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab ☐☐☐☐ (Monat Jahr) ☐ auch für rückständige Beiträge

IBAN:

Die Firma ist der Kontoinhaber: ☐ ja ☐ nein, dann bitte den Namen und die Anschrift des Kontoinhabers angeben

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ort _____ Datum ☐☐☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr) Unterschrift _____ Kontoinhaber/Firmenstempel