IKK - Die Innovationskasse

19102 Schwerin

Absender: _____

_____

_____

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE75 ZZZ0 0000 1983 42**

Krankenversichertennummer _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die IKK - Die Innovationskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IKK - Die Innovationskasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Vorname

_____ Name (Kontoinhaber)

_____ Straße

_____ Hausnummer

_____ Postleitzahl

_____ Ort

_____ Kreditinstitut

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ IBAN

_____ Datum

_____ Ort

_____ Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)