

SEPA Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz: wird von der Kärntner Gebietskrankenkasse vergeben

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

Kärntner Gebietskrankenkasse
Kempferstraße 8
9021 Klagenfurt am Wörthersee

CREDITOR-ID: AT47ZZZ00000005395

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Kärntner Gebietskrankenkasse von mir/ uns zu entrichtende Zahlungen von meinem/ unserem Konto bei Fälligkeit mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Kärntner Gebietskrankenkasse auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart Wiederkehrende Lastschrift Einmal-Lastschrift

Beitragskontonummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Name _____

Anschrift _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum, Unterschrift _____