



WMF Betriebskrankenkasse

Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE46ZZZ00000147163

Mandatsreferenz:

- Mandat für einmalige Zahlung
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die WMF Betriebskrankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der WMF Betriebskrankenkasse 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtige/r	
Name	Versicherungsnummer bzw. Betriebsnummer:

Kontoinhaber/in	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Kreditinstitut (Name)	BIC (8 oder 11 –stellig)
IBAN (Internationale Bankkontonummer)	

Art des Mandates	
<input checked="" type="checkbox"/> Rahmenmandat	<input type="checkbox"/> Einzelmandat _____

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers