WMF Betriebskrankenkasse

Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse
Postfach 1412
73304 Geislingen a. d. Steige

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	
☒ Rahmenmandat	☐ Einzelmandat _____

Datum _____ Ort _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____