

SEPA-Lastschriftmandat

Mit dem SEPA-Lastschriftmandat ermächtigen wir die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Geldinstitut an, die von der Mobil Krankenkasse auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE86ZZZ00001158056

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Daten des Firmenkunden

Firma (Kontoinhaber):

Betriebsnummer:

Straße und Hausnummer / Postfach:

PLZ:

Ort:

2. Angaben zur Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

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

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig:

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

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Die Einzugsermächtigung gilt ab dem Abrechnungsmonat:

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend von der oben genannten Firma):

Uns ist bekannt, dass der jeweils gültige Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats bei der Mobil Krankenkasse einzureichen ist.

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Sozialgesetzbuch (SGB) IV i. V. m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden an die Commerzbank AG weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von uns schriftlich widerrufen werden. Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

Per Post:

Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an:
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per Fax:

0800 255 3002 888