

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/Postfach:

PLZ:

Ort:

2. ANGABEN ZUR BANKVERBINDUNG

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

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

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

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV plus GmbH, 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
c/o ARGE GSV PLUS
Postfach 700106, 22001 Hamburg

Per E-Mail:

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

Per Fax:

040 20901-5999