

Mitglied (Name, Vorname) / Firma (Name)

Krankenversicherten-Nr./Arbeitgeber-Nr.

---

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige(n) ich /wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge monatlich zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlöschung.

Kontoinhaber:

Konto-Nr.:

Geldinstitut:

BLZ:

IBAN:

BIC:

Gültig ab:

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen  
ggf. Firmenstempel