

AOK - Die Gesundheitskasse
im Saarland
Geschäftsstelle _____

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) hiermit die AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland die von mir/uns zu zahlenden Beiträge bis zum Widerruf von meinem/unserem nachstehenden Bankkonto abzubuchen.

Name und Anschrift
des Beitragszahlers

Krankenversicherungsnummer
(bei freiwillig Versicherten)
oder Betriebsnummer

Name und Anschrift
des Bankinstituts

Bankleitzahl _____ Kontonummer _____

Kontoinhaber
(falls abweichend vom
Beitragszahler) _____

Datum

Unterschrift