

Mitglied (Name, Vorname) / Zahlungspflichtiger (Name)	KVNR / Arbeitgeber-Nr.



Deutsche Angestellten-Krankenkasse

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 Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Die Einzugsermächtigung kann von mir / uns jederzeit widerrufen werden. Einen ggf. bestehenden Dauerauftrag werde ich / werden wir rechtzeitig bei meinem / unseren Geldinstitut beenden.

Bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Konto-Nr.

Bankleitzahl (BLZ)

Geldinstitut (Name, Ort)

Beginn des Einzugs ab Beitragsmonat

Monat / Jahr

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

ggf. Firmenstempel