

IKK classic
04063 Leipzig

Zahlungsempfänger

IKK classic
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000017342
 Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die IKK classic, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IKK classic auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit der Verkürzung der Mitteilungsfrist über den Termin und die Höhe der einzuziehenden Beiträge/Prämien (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden. Sofern das Konto keine erforderliche Deckung aufweist, ruht dieses Mandat.

Zahlungspflichtiger

Vorname	Name	Krankenversicherungsnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnr.	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	BIC		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
IBAN	Unterschrift (bitte nur innerhalb des Feldes)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ort	Datum		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Kontoinhaber (wenn dieser vom Zahlungspflichtigen abweicht)

Vorname	Name	Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnr.	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum		Unterschrift (bitte nur innerhalb des Feldes)
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>