

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Betriebsnummer
<input type="text"/>	
Firma	
<input type="text"/>	
Anschrift	

Hiermit ermächtige ich die AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse widerruflich, die von mir zu zahlenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	
bitte die genaue Bezeichnung des kontoführenden Geldinstitutes angeben	
<input type="text"/>	
Kontoinhaber(in)	
Diese Einzugsermächtigung gilt vom <input type="text"/>	an.

Wichtig:

- Bitte beachten Sie, daß ein eventuell bestehender Dauerauftrag zum nächstmöglichen Termin zu löschen ist.
- Wenn das obengenannte Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, daß diese Daten elektronisch gespeichert werden.

<input type="text"/>
Datum

<input type="text"/>
Unterschrift/Firmenstempel