

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Betriebs-Nr. bei der Krankenkasse: _____

Ich / wir erteile/n der _____ unter dem Vorbehalt des
jederzeitigen Widerrufs die Ermächtigung, die von mir / uns zu entrichtenden

Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung

mit sofortiger Wirkung bei meinem / unseren nachstehend genannten Geldinstitut
einzuziehen:

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Geldinstitut: _____

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des
kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum

Unterschrift, Stempel