



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

Steiermärkische Gebietskrankenkasse / Sonderversicherung
Josef-Pongratz-Platz 1
8011 Graz, Postfach 900

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Zahlungszweck: **Freiwillige Versicherung**

Kundennummer:		Name d. Zahlungspflichtigen:	
Anschrift:			
Kontonummer:	Bankleitzahl:	Name d. Kreditunternehmens:	
Ort/Datum:		Telefonnummer:	
Unterschrift(en) d. Kontozeichnungsberechtigten:			

Ein Widerruf ist bitte schriftlich an den Zahlungsempfänger zu richten.

**Wir bitten Sie, diese Einzugsermächtigung auszufüllen
und an uns zurück zu senden oder zu faxen.**