Sterbekasse „Hilfe am Grabe“
Versicherungsverein a.G.
Geschäftsstelle:
Kampweg 30 - 26506 Norden
Tel. 04931-16 002

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass bis auf Widerruf meine Versicherungsbeiträge zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen durch Abbuchen zu Lasten meines nachstehend angegebenen Kontos von der Sterbekasse „Hilfe am Grabe“, Norden, eingezogen werden.

Konto-Nr. / **IBAN**: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(Kein** Sparkonto)

Bankleitzahl / **BIC**: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Geldinstitut: _____

Verwendungszweck:

Beitragszahlung für _____

_____

_____

(Bitte ankreuzen: ☐ halbjährlich ☐ jährlich)

Auftraggeber:

Name, Vorname: _____

Straße, Hsnr.: _____

PLZ, Ort _____

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift des Kontoinhabers