Datum:

Name: Telefon*:

Versichertennummer: E-Mail*:

*freiwillige Angabe

## Antrag auf Ratenzahlung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um eine monatliche Ratenzahlung in Höhe von _____ Euro.

☐ Ich überweise den Betrag selbst. Die erste Rate kann ich ab dem _____ zahlen.

☐ Bitte buchen Sie den Betrag ab dem _____ von meinem Konto ab.

Bankverbindung

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: I D I E I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I

Geldinstitut:

Kontoinhaber/in:

IBAN:

Bitte teilen Sie mir mit, ob Sie mit der Ratenzahlungsvereinbarung einverstanden sind.
Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen