

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Datenschutzhinweis: Die Lastschriftermächtigung ist freiwillig. Sollten Sie uns diese erteilen, sind Ihre Daten selbstverständlich geschützt. Die Abbuchung erfolgen unter Angabe unserer Gläubiger-Identifikations-Nr. DE33ZZZ00000022364.

ANGABEN ZUR PERSON/ARBEITGEBER

Name, Vorname:

Firma:

Straße:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherungsnummer/
Betriebsnummer

ANGABEN ZUR BANKVERBINDUNG

Mandat gilt für:

wiederkehrende Zahlung einmalige Zahlung

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

Ich ermächtige die BKK MAHLE, Zahlungen von meinem/unseren nachstehend aufgeführten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK MAHLE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Ort

Unterschrift