

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

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.