

SEPA-Lastschriftmandat für Mitglieder

Name des Auftraggebers
Straße
PLZ und Ort
KV-Nummer

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Postfach 1130
88381 Biberach an der Riß

Zahlungsempfänger: BKK VerbundPlus
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 72 ZZZ 00000 473488

Ich ermächtige die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontodaten:

_____ BIC: _____ | _____
Kreditinstitut (Name) (8 oder 11 stellig)

IBAN: __ | __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
(max. 31 stellig)

Nur auszufüllen, bei abweichendem Kontoinhaber:

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers