SEPA-Lastschriftmandat

BKK VerbundPlus

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

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

Ich/Wir ermächtige/n die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Firma/Zahlungspflichtiger _____ Betriebsnummer _____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name) _____ BIC (8- oder 11stellig) _____

IBAN (22stellig) _____

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch) _____

Datum _____ Ort _____ Stempel und Unterschrift Firma bzw. Unterschrift Kontoinhaber _____

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPABasislastschrift mitgeteilt.

Arbeitgeber-Servicetelefon
07351 1824–757

E-Mail
info@bkkvp.de

Internet
www.bkkverbundplus.de