

SEPA-Lastschriftmandat

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 11-stellig)

IBAN (22-stellig)

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift Firma bzw. Unterschrift Kontoinhaber

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPA-Basislastschrift mitgeteilt.