

# 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.

**Arbeitgeber-Servicetelefon**  
07351 1824-757

**Arbeitgeber-Servicefax**  
07351 1824-814

**E-Mail**  
arbeitgeber@bkkvp.de

**Internet**  
www.bkk-verbundplus.de