

SEPA-Lastschriftmandat

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Postfach 1130
88381 Biberach

Name, Vorname des Auftraggebers

Straße

PLZ und Ort

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

Ich ermächtige/n 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (8- oder 11-stellig)

IBAN

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

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