

# SEPA-Lastschriftmandat

**Betriebskrankenkasse**  
**VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 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.