

Bitte zurück an:

**BKK_DürkoppAdler
Stieghorster Str. 66
D-33605 Bielefeld**

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE04ZZZ00000402932

Mandats-Referenz:
WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
(Erteilung des Mandats ist optional)

Krankenversicherungsnummer

Name

Anschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

BKK_DürkoppAdler, Stieghorster Str. 66, D-33605 Bielefeld,

die von mir / uns jeweils zu entrichtenden Beiträge widerruflich bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BKK_DürkoppAdler, Stieghorster Str. 66, D-33605 Bielefeld auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift 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.

Name des Geldinstitutes

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

____ | ____
BIC

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

- Es sollen alle nach Erteilung des Mandats fällig werdenden Beiträge eingezogen werden.
- Es sollen alle gegenwärtig und künftig fälligen Beitragsforderungen eingezogen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Schuldners

Unterschrift des Kontoinhabers