

zurück an:

BKK SBH
Hauptverwaltung
Postfach 1124
78647 Trossingen

Bitte im Original an Ihre BKKSBBH

Bitte beachten Sie, dass Sie ein
SEPA-Lastschriftmandat rechtzeitig
erteilen. Dieses kann nur im Original
angenommen werden.

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE85ZZZ00000937011

Mandatsreferenz
wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige / wir ermächtigen die BKKSBBH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der BKKSBBH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir 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, Vorname, Geburtsdatum bzw. Firma Zahlungspflichtiger	
Kundennummer (Versicherungsnummer bzw. Betriebsnummer Firma)	
Anschrift	
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	
Kreditinstitut Name	BIC
IBAN	

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Firma / Unterschrift Kontoinhaber