



**Bitte zurück an**

BAHN-BKK  
Regionalgeschäftsstelle Mitte-Ost  
KompetenzCenter Geschäftskunden  
Postfach 15 60 32  
03060 Cottbus

**SEPA-Lastschriftmandat**

--	--

(Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers))

(Arbeitgeberbetriebsnummer)

--

(Anschrift)

DE63ZZZ00000022406	
--------------------	--

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

(Mandatsreferenz - falls nicht vorgedruckt, erfolgt eine separate Mitteilung)

Ich/wir ermächtige(n) die BAHN-BKK, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BAHN-BKK auf mein 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.

--

Name der Bank

--

IBAN

--

BIC

Die Beiträge sollen erstmalig ab Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

Dieses Lastschriftmandat kann/können ich/wir jederzeit formlos widerrufen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift Firma/Zahlungspflichtiger)

**Bitte beachten Sie:** Legen Sie den Beitragsnachweis spätestens bis zu Beginn des fünftletzten Bankarbeitstages des Monats **um 00:00 Uhr** der Einzugsstelle vor, damit die Beiträge in der nachgewiesenen Höhe abgebucht werden können.