Bitte zurück an

BAHN-BKK
Regionalgeschäftsstelle Mitte-Ost
KompetenzCenter Geschäftskunden
Postfach 15 60 32
03048 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

☐ **laufenden monatlichen Beiträge und/oder** ☐ **Beitragsrückstand**

○ **ab sofort** ⊙ **ab Monat** _____

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

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.