Daimler**BKK**

Daimler BKK

28178 Bremen

Mandatsreferenz: Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

SEPA-Lastschriftmandat (früher Einzugsermächtigung)

Gläubiger Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000032645

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige die Daimler BKK, die von mir zu zahlenden Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Daimler BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Name _____ Vorname _____

Straße Hausnummer _____ Postleitzahl Ort _____

D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
IBAN

| | | | | | | | | | | |
BIC

Die Abbuchung soll erstmalig erfolgen für Monat/Jahr: | | / 2 0 2 |

Ort, Datum _____ **Unterschrift des Kontoinhabers bzw. Zeichnungsberechtigten** _____

Angaben zum/zur Versicherten, falls der Name nicht mit dem/der Kontoinhaber/-in übereinstimmt.

Versichertennummer: _____
Bitte unbedingt angeben

Name _____ Vorname _____

Straße Hausnummer _____ Postleitzahl Ort _____