

KVNR / Mandatsreferenz	BNR
Name Versicherter / Firma	
Straße, PLZ Ort	

Bitte senden an:

<b>BKK firmus</b> <b>28192 Bremen</b>
--

Telefax: 0421 6434-451  
 E-Mail: [info@bkk-firmus.de](mailto:info@bkk-firmus.de)

<p><b>Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren</b></p> <p><b>Gültig für Beiträge ab .....</b></p>
--

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers <b>BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen</b>	Gläubiger-Identifikationsnummer <b>DE46ZZZ00000026592</b>
--	--

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschrift-Mandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK firmus 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die BKK firmus mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)	
IBAN (22 Stellen) <b>DE</b>	
BIC (11 Stellen)	
Kontonummer	Bankleitzahl
Name des Kreditinstituts	
Ort, Datum	ggf. Firmenstempel
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	