

Bitte zurück an:

Tel.: +49 6104 402-1489

Fax: +49 371 8143 - 114

E-Mail: anett.mahler@karlmayer-bkk.de

KARL MAYER Betriebskrankenkasse
Industriestraße 3
63179 Obertshausen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE12ZZZ00001178691

Mandatsreferenz:

- Mandat für **einmalige** Zahlung
 Mandat für **wiederkehrende** Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat Sozialversicherungsbeiträge

Ich ermächtige die KARL MAYER Betriebskrankenkasse die Beiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Vorname und Name / Firma

KV-Nr / Betriebs-Nr:

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC:

(8 oder 11-stellig)

IBAN:

(max. 31-stellig)

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

Datum/Ort

Unterschrift Kontoinhaber /
Stempel und Unterschrift Firma