

Bitte zurück an:

**Tel.:** +49 0371/8143-336  
**Fax:** +49 0371/8143-32336  
**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