



Antwort:

**Debeka Betriebskrankenkasse
Beitragsabteilung
Postfach 30 03 62
56027 Koblenz**

Telefax: 0261-94143930

SEPA-Lastschriftmandat für Basislastschriften

Firmenname: _____ **Betriebsnummer:** _____

Anschrift : _____

Ansprechpartner: _____ **Telefonnummer:** _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

Debeka Betriebskrankenkasse, Im Metternicher Feld 40, 56072 Koblenz
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000217122

widerruflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Beträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachstehenden Kontos einzuziehen.

Die Beiträge sollen erstmals zum Monat (MM/JJJJ) _____ abgebucht werden

Uns/Mir ist bekannt, dass der Beitragsnachweis spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem Fälligkeitstermin (**drittletzte Bankarbeitstag**) bei der Debeka BKK vorliegen muss. Sollte dieser nicht rechtzeitig vorgelegt worden sein, erfolgt durch die Debeka BKK der Beitragseinbehalt in Höhe eines Schätzbetrages. Ab dem Belastungsdatum kann ich innerhalb von 8 Wochen bei meinem Kreditinstitut verlangen, dass mir der eingezogene Betrag wieder gutgeschrieben wird.

Geldinstitut: _____

IBAN: DE _____ **BIC:** _____
(Bitte IBAN und BIC immer angeben!)

Angabe zum Kontoinhaber (sofern abweichend vom Arbeitgeber)

Name: _____ Anschrift: _____

Datum

Unterschrift/Stempel und Unterschrift Firma

Unterschrift Kontoinhaber