

Bitte ausgefüllt zurück an:



Per Telefax: (02 61) 9 41 43 - 9 30

Debeka BKK
Beitragsabteilung
Postfach 30 03 62
56027 Koblenz

SEPA-Lastschriftmandat

Firma: _____	Betriebsnr.: _____
Straße, Nr.: _____	PLZ, ORT: _____
Ansprechpartner: _____	Telefon: _____

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 für den Beitragsmonat (MM/JJJJ) _____ abgebucht werden
- Ab sofort (inkl. etwaiger Beitragsrückstände)

Uns/Mir ist bekannt, dass der Beitragsnachweis spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem Fälligkeits-termin (drittletzter 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: _____ BIC: _____
(Bitte IBAN und BIC immer angeben!)
Angabe zum Kontoinhaber (sofern abweichend vom Arbeitgeber)
Name: _____ Anschrift: _____

Datum



Unterschrift/Stempel Firma



Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend)