

Bitte ausgefüllt zurück an:



Per Telefax: 0261 94143 - 930

Debeka BKK  
Beitragsabteilung  
56048 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)