

Debeka Betriebskrankenkasse
Firmenkundenservice
56048 Koblenz

SEPA-Lastschriftmandat

Persönliche Angaben

Firma		Betriebsnummer	
Straße	Hausnummer	Name, Vorname Ansprechpartner	
PLZ	Ort	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)			

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Debeka Betriebskrankenkasse, Im Metternicher Feld 50, 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 Fälligkeitstermin (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.

Kontodaten

Bitte **IBAN und BIC** immer angeben

Angabe zum Kontoinhaber (sofern abweichend vom Arbeitgeber)

IBAN	Name, Vorname Kontoinhaber		
BIC	Straße	Hausnummer	
Name der Bank, Sitz	PLZ	Ort	

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Firma

Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend)