

Zurück an:



BKK Linde  
Konrad-Adenauer-Ring 33  
65187 Wiesbaden

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
[Input field]

Mandatsreferenz:  
[Input field]

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK Linde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Linde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

	KV-Nr. bzw. Betriebsnummer:
Vorname und Name / Firma	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Kreditinstitut (Name)	BIC: [Input field] (8 oder 11-stellig)
IBAN: [Input field] (max. 31-stellig)	
Datum	Ort
	Unterschrift des Kontoinhabers



#### (nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort