

Zurück an:



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

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

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

BKK Linde  
Maggistraße 5  
78224 Singen (Hohentwiel)

E-Mail: arbeitgeberservice@bkk-linde.de  
Fax: 07731 5919-209

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE83ZZZ00000060555

Mandatsreferenz:

Wird Ihnen mit der ersten Lastschrift mitgeteilt.

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Der Einzug gilt ab      
(Datum bitte im Format MMJJ angeben)

### 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.

	Betriebsnummer:
Vorname und Name / Firma	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Kreditinstitut (Name)	BIC: <input style="width: 100%;" type="text"/> (8 oder 11-stellig)
IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/> (max. 31-stellig)	
Datum	Ort
Unterschrift des Kontoinhabers	

