

zurück an:

BKK SBH  
Hauptverwaltung  
Postfach 1124  
78647 Trossingen

**Bitte im Original an Ihre BKK SBH**

Bitte beachten Sie, dass Sie ein SEPA-Lastschriftmandat rechtzeitig erteilen. Dieses kann nur im Original angenommen werden.

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE85ZZZ00000937011

Mandatsreferenz  
wird separat mitgeteilt

**SEPA-Lastschriftmandat**

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige / wir ermächtigen die BKK SBH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der BKK SBH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname, Geburtsdatum bzw. Firma Zahlungspflichtiger			
Kundennummer (Versicherungsnummer bzw. Betriebsnummer Firma)			
Anschrift			
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)			
Kreditinstitut Name		BIC	
IBAN Land	Prüfziffer	Bankleitzahl	Kontonummer
D   E			

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Firma / Unterschrift Kontoinhaber
	