

Bitte zurück senden an:

BKK Pfalz
Lichtenberger Straße 16
67059 Ludwigshafen

Name, Vorname:

Vollständige Anschrift:

Versichertennummer:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-ID der BKK Pfalz: DE16ZZZ00000196009

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die BKK Pfalz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Pfalz 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____

BIC: _____

IBAN: _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Ich bin der Kontoinhaber

ja

nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum, Unterschrift des Zahlers

Wichtig:

Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig. Änderungen teilen Sie uns bitte schriftlich separat mit. Ergänzungen auf diesem Mandat bleiben unberücksichtigt.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).