

Bitte zurück an:

BKK ProVita
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Bankeinzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE36BKK00000210102

Hiermit ermächtige ich die BKK ProVita, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten unseres Kontos ab Beitragsmonat _____ mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK ProVita auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname, Nachname

Versichertennummer

Anschrift

Geldinstitut

BIC (11 Stellen)

D E _____
IBAN (22 Stellen)

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers