

Name Versicherter / Firma

Strasse, PLZ, Ort

Betriebsnummer / Krankenversicherturnummer

BKK Diakonie
Postfach 10 01 29
06140 Halle

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Für Beiträge ab dem _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Gläubiger-Identifikationsnummer

BKK Diakonie, Königsweg 8, 33617 Bielefeld

DE29ZZZ00000119339

Ich ermächtige die BKK Diakonie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Diakonie 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN (22 Stellen)

BIC (11 Stellen)

Kontonummer

Bankleitzahl (BLZ)

Name des Kreditinstituts

Ort, Datum

ggf. Firmenstempel

Unterschrift Kontoinhaber
