



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE 94ZZZ00000030287

Name, Vorname

Geburtsdatum

KVNR: _____

Anschrift, Telefonnummer

Erklärung zum Forderungseinzug

Hiermit ermächtige ich die Audi BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Audi BKK 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. Außerdem verpflichte ich mich, die Audi BKK bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug meines Beitrags von folgendem Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Name Geldinstitut: _____

Nur auszufüllen bei abweichendem Kontoinhaber:

Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers