



Rücksendung an:

Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt

Fax: **0841 887 160** · E-Mail: **firmenkunden@audibkk.de**

Arbeitgeberstammdaten

Betriebsnummer _____

Angaben zum Unternehmen

Firmenname, Rechtsform _____

Name des Geschäftsführers/Vorstands/Inhabers _____

Straße/Postfach _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Ansprechpartner _____

Fax _____

E-Mail _____

Welche Betriebsnummer verwenden Sie für Ihre(n)

Beitragsnachweis _____ siehe oben

Beitragszahlung _____ siehe oben

DEÜV-Meldung _____ siehe oben

Rechtskreis West Ost

Erster Abrechnungsmonat _____

Steuerberater/Externe Abrechnungsstelle

Name Steuerberater/Externe Abrechnungsstelle _____

Straße/Postfach _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Ansprechpartner _____

Fax _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

SEPA-Lastschriftmandat/Bankverbindung

Ja, ich ermächtige 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. Gläubiger-ID: DE94ZZZ00000030287.

Die Beiträge sollen erstmalig für Beitragsmonat _____ abgebucht werden.

Nein, bitte verwenden Sie meine Bankverbindung nur für Erstattungen.

IBAN _____

BIC _____

Name der Bank _____

Abweichender Kontoinhaber _____

Audi BKK Newsletter

Ja, ich bin damit einverstanden, den Arbeitgebernewsletter der Audi BKK an folgende E-Mail-Adresse zu erhalten:

E-Mail _____

Vorname _____

Nachname _____

Weitere Informationen, auch zum Widerruf der Newsletter-Übermittlung, erhalten Sie unter www.audibkk.de/datenschutz

Unterschrift/Stempel _____