



Rücksendung des unterschriebenen SEPA-Lastschriftmandats:
Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt
Fax: **0841 887 333** · E-Mail: **firmenkunden@audibkk.de**

Betriebsnummer _____

Angaben zum Unternehmen

SEPA-Lastschriftmandat/Bankverbindung

Gläubiger-ID: DE94ZZZ00000030287

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.

IBAN _____

BIC _____

Name der Bank

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch):

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Beiträge sollen erstmalig ab Sollmonat _____ abgebucht werden.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Kontoinhaber/Bevollmächtigter

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.audibkk.de/datenschutz

	Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Einreichungsfrist der Beitragsnachweise 2024	25.01.	23.02.	22.03.	24.04.	24.05.	24.06.	25.07.	26.08.	24.09.	25.10.	25.11.	19.12.