securvita
KRANKENKASSE

Bitte zurück an:

SECURVITA BKK
Beitragsabteilung
Postfach 10 58 29

20039 Hamburg

oder direkt an unser spezielles Arbeitgeber-Fax:
040/3347-982 38

Einzugsermächtigung für Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber)

Firma

Name/Betriebsnummer

Anschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die
SECURVITA BKK
widerruflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Beitragszeiträume*.

Name des Geldinstituts

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Abrechungsmonat _____ abgebucht werden.

Datum und Stempel der Firma

Unterschrift der/des Berechtigten

*wenn nicht zutreffend bitte streichen.