Bitte zurück an:

SECURVITA BKK
Beitragsabteilung
Postfach 10 58 29

20039 Hamburg

oder direkt an unser spezielles
Arbeitgeber-Fax:

040/3347-982 38

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat für Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber)

Gläuber-Identifikationsnummer:	DE87ZZZ00000003253
Mandatsreferenz:	Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.

Betriebsnummer:		

Firmierung:	

Anschrift:	

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die **SECURVITA BKK** widerruflich, Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift, bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von der Securvita BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Beitragszeiträume*.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:	

Bankleitzahl									Kontonummer:												

IBAN:	**D**	**E**																				

BIC:												

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Abrechungsmonat [ ] abgebucht werden.

Datum und Stempel der Firma

Unterschrift der/des Kontoinhabers

*wenn nicht zutreffend bitte streichen