Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für die IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB)

- für Beiträge zur Kranken-und Pflegeversicherung von Mitgliedern -

Gläubiger-Identifikationsnummer der IKK: DE48ZZZ00000066811
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Angaben zum Mitglied

Name, Vorname _____

Krankenversichertennummer _____

Straße Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Bitte ausfüllen, wenn der Kontoinhaber mit dem Versicherten nicht identisch ist

Name, Vorname des Kontoinhabers _____

Straße Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

SEPA-Lastschriftmandat (BIC und IBAN können dem Kontoauszug entnommen werden.)

Ich ermächtige die IKK BB widerruflich, monatlich Beiträge für das oben genannte Mitglied von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IKK BB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut (Name) _____

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hinweise

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. Vor der ersten Lastschrift wird mich die IKK BB über den Einzug unterrichten.

Datenschutzhinweis

Wir erheben Ihre Daten zum Zwecke des Einzugs der Beiträge zu Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen des Lastschriftverfahrens. Die Angaben sind freiwillig und sind nur erforderlich, sofern Sie die Abbuchung Ihrer Beiträge wünschen.

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
____.____._____	_____

Anlage_SEPA_besPG