

Tel.: 0800 112 82 40
Fax: +49 8731 7629955
E-Mail: Mitglied@bmwbkk.de

BMW BKK
Postfach 15 33
84126 Dingolfing

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE16BMW00000163417

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt.

Krankenvers.-Nr.: _____

Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BMW BKK, Zahlungen von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BMW BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Versicherter/ Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut: _____ BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 34-stellig)

Kontoinhaber (bitte nur ausfüllen, falls Zahlung durch eine andere Person erfolgt):

Name/ Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers