

Tel.:  
E-Mail:

BMW BKK  
Postfach 15 33  
84126 Dingolfing

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE16BMW00000163417  
Mandatsreferenz:

Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_



**Mandat für einmalige Zahlung**  
**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 (Name) BIC: \_\_\_\_\_  
(8 oder 11-stellig)

IBAN: \_\_\_\_\_  
(max. 34-stellig)

Die Abbuchung soll erstmalig erfolgen für Monat/Jahr: \_\_\_\_ / 202\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Name/Firma

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers