

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Firma

Ansprechpartner/in

Anschrift

Betriebsnummer: _____

Ich ermächtige die BKK RWE, die von mir/uns zu zahlenden Beiträge zum Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der BKK RWE auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die BKK RWE bei Beendigung des Mandats zu benachrichtigen.

BKK RWE GläubigerID: DE 35ZZZ00000096630

IBAN

Geldinstitut

Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

BKK RWE
c/o ARGE GSV PLUS GmbH
Postfach 70 01 06
22001 Hamburg

Und so erreichen Sie uns:

T +49 40 / 20901 - 1500

F +49 40 / 20901 - 5999

E arbeitgeberservice@bkkewe.de

I www.bkkewe.de