

Ihre Firmenadresse:



Erste Gesundheit.

Ihre Betriebsnummer:

hkk Erste Gesundheit.
Abt. Firmenservice
Martinstraße 26
28195 Bremen

Bitte senden Sie das Mandat im Original zurück. Leider ist eine Übermittlung per Fax oder E-Mail nicht ausreichend!
Vielen Dank!

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

hkk Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000507816

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Das SEPA-Lastschriftmandat ist gültig ab: _____

Ich ermächtige die hkk, die von mir zu zahlenden Beträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der hkk auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Name der Firma

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Kreditinstitut (Name) BIC: _____

IBAN: DE _____

Bei abweichenden Zahlungsleistenden:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Zahlungspflichtigen:

Vorname und Name

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers