

Zurück an:



BKK Linde  
Maggistraße 5  
78224 Singen (Hohentwiel)  
E-Mail: arbeitgeberservice@bkk-linde.de  
Fax: 07731 5919-209

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE83ZZZ00000060555

Mandatsreferenz:  
Wird Ihnen mit der ersten Lastschrift mitgeteilt.

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Der Einzug gilt ab \_\_\_\_\_  
(Datum bitte im Format MMJJ angeben)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK Linde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Linde 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name / Firma		Betriebsnummer: _____
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Kreditinstitut (Name)	BIC: _____ (8 oder 11-stellig)	
IBAN: _____ (max. 31-stellig)		
Datum	Ort	Unterschrift des Kontoinhabers
_____	_____	_____ 