

Bitte zurück an:

BKK ProVita
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Bankeinzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36BKK00000210102

Hiermit ermächtige ich die BKK ProVita, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos ab Beitragsmonat _____ mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK ProVita 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, Vorname des Mitglieds bzw. Firma/Zahlungspflichtiger Versicherungsnr. Geburtsdat.

Anschrift des Mitglieds

Geldinstitut BIC (11Stellen)

DE _____
IBAN (22Stellen)

Bitte beachten Sie hierzu: Die Abbuchung erfolgt jeweils am 15. d. Monats für den Vormonat

Ort, Datum und Unterschrift des Mitglieds bzw. des Kontoinhabers