

Rücksendung per:

Fax: 06151/375412

Mail: bkk@merckgroup.com

Post: siehe nebenstehende Adresse

Merck BKK
– Privatkunde –
Postfach
64271 Darmstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE87ZZZ00000295708

Mandatsreferenz:

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

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns per E-Mail, per Fax oder per Post zurück!

Hiermit ermächtigen wir die Merck BKK Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Merck BKK auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

SEPA-Lastschriftmandat gültig ab:

sofort

zum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name	<input type="text"/>																								
Vorname	<input type="text"/>																								
Versicherten- Nummer	<input type="text"/>												Geburtsdatum	<input type="text"/>											
Straße/Nummer	<input type="text"/>																				Nr.	<input type="text"/>			
PLZ	<input type="text"/>			Ort	<input type="text"/>																				
Telefon	<input type="text"/>																								

Kreditinstitut (Name)	<input type="text"/>																							
IBAN	<input type="text"/>																		22-stellig					

Datum	<input type="text"/>						Ort	<input type="text"/>																	
Unterschrift Kontoinhaber	<input type="text"/>																								

Nur ausfüllen, falls Zahlung für eine andere Person erfolgt:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zahlungsverpflichtung mit: (Abweichender Zahlungspflichtiger)

Name	<input type="text"/>																							
Vorname	<input type="text"/>																							
PLZ	<input type="text"/>			Ort	<input type="text"/>																			