

**Betriebskrankenkasse  
Herford Minden Ravensberg  
Postfach 1355**

**32003 Herford**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

**Name des Versicherten:**

**Anschrift:**

**Rentenversicherungsnummer / Geburtsdatum:**

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen sowie rückständige Beiträge bei nächster Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos einzuziehen.

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Name / Anschrift des Kontoinhabers:

  

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftenverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten **und** des Kontoinhabers)