

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften (SEPA-Lastschriftmandat)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mandat für einmalige Zahlung |
| <input type="checkbox"/> Mandat für wiederkehrende Zahlungen |

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000034432
Mandatsreferenz:*

* wird von der BKK HMR ergänzt.

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die BKK HMR, ab: _____ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut des Kontoinhabers angewiesen, die von der BKK HMR auf folgendes Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen:

_____ Kontoinhaber(in)	_____ IBAN (internationale Kontonummer)
_____ Kreditinstitut	_____ BIC (internationale Bankleitzahl)
_____ Anschrift Kontoinhaber(in)	

Ort, Datum_____
Unterschrift**Hinweis:**

Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, können Sie die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

_____ Vorname und Name der(s) Versicherten	_____ Krankenversicherungsnummer
_____ Anschrift	