BKK ProVita

Die Kasse fürs Leben.

Bitte zurück an:

BKK ProVita
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Bankeinzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gläubiger-Identifikationsnummer

BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen, 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 Geburtsdatum

_____

Anschrift des Mitglieds

Geldinstitut: _____ BIC (11Stellen) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN (22Stellen) |D|E|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

_____

Ort, Datum und Unterschrift des Mitglieds bzw. des Kontoinhabers

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundalgen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.