

# TEILNAHME AM LASTSCHRIFTVERFAHREN



zurück an:

**SIEMAG BKK**  
Hillnhütter Str. 89  
57271 Hilchenbach

## BITTE ABSENDER EINTRAGEN

Krankenvers.-Nr. \_\_\_\_\_

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR BEITRÄGE UND BEITRAGSNEBENFORDERUNGEN

Die SIEMAG BKK wird ermächtigt, Zahlungen von meinem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SIEMAG BKK auf das angegebene 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.

## KONTO

IBAN **DE** \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Adresse des Kontoinhabers<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>nur erforderlich bei abweichender Adresse des Kontoinhabers

Mir ist bekannt, dass ich ggf. mit Gebühren belastet werden kann, falls die Abbuchung aus von mir zu vertretenden Gründen nicht erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei abweichendem Kontoinhaber auch dessen Unterschrift)

