

BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER  
33644 Bielefeld

Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Versichertenr. \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE43ZZZ00000021796**  
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

- Mandat für einmalige Zahlungen  
(z. B. sonstige Forderung)       Mandat für wiederkehrende Zahlungen  
(z. B. Beiträge)

Einzug des Beitrags vom folgenden Konto ab \_\_\_\_\_  
Monat      Jahr

- Hiermit erteile ich die Genehmigung auch bereits fällige Forderungen abzubuchen.

Ich ermächtige die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Info: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich stimme ich der verkürzten Vorankündigungsfrist von drei Kalendertagen zu.

IBAN: **D E** \_\_\_\_\_  
(max. 22-stellig)

Ich bin der Kontoinhaber:  Ja     Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

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