

R+V BKK
65215 Wiesbaden

per E-Mail an: Team-AGS@ruv-bkk.de
oder per Fax an: 0611 99909-77991



Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE83ZZZ00000090916

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat Arbeitgeber

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V BKK 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.

Betriebsnummer: _____

Name / Firmenname (Kontoinhaber): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC (8- oder 11-stellig): _____

IBAN (max. 31-stellig): _____

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers