

**Rückantwort**

**Unsere Fax-Nr.: 0561/20855-56**

BKK Herkules  
 Postfach 10 39 60  
 34039 Kassel

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die BKK Herkules, Jordanstr. 6, 34117 Kassel, Zahlungen meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Herkules 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.

|   |
|---|
| <b>Name der Firma / Zahlungspflichtiger</b> |
|   |
| <b>Betriebsnummer</b>                       |
|   |
| <b>Anschrift</b>                            |
|   |
| in  |

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die

**BKK Herkules, Jordanstr. 6, 34117 Kassel**

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>Name des Geldinstituts</b>                                       |                    |
|   |                    |
| <b>Bankleitzahl</b>   | <b>Kontonummer</b> |
|   |                    |
| <b>BIC</b>  | <b>IBAN</b>        |
|   |                    |
| <b>Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigen identisch)</b> |                    |
|   |                    |

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift und Stempel

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Kontoinhaber