



Bitte zurück an:

Unsere Fax-Nr.: 0561/20855-56

BKK Herkules
Postfach 10 39 60

34039 Kassel

Name, Vorname des Mitglieds bzw. Firma/Zahlungspflichtiger

Versicherungsnummer Geburtsdatum

Anschrift des Mitglieds

Hiermit ermächtige ich / ermächtigen wir die BKK Herkules widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos einzuziehen.

Name des Geldinstituts

Bankleitzahl

Kontonummer

BIC

IBAN

Kontoinhaber, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

Datum

Unterschrift des Mitglieds / Stempel der Firma

Unterschrift des Kontoinhabers

