



**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

