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.

Name der Firma / Zahlungspflichtiger
Betriebsnummer
Anschrift
in

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die

BKK Herkules, Jordanstr. 6, 34117 Kassel

Name des Geldinstituts	
Bankleitzahl	**Kontonummer**
BIC	**IBAN**
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigen identisch)	

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

_____ _____
Datum Unterschrift und Stempel

_____
Unterschrift Kontoinhaber