Rückantwort **Unsere Fax-Nr.: 0561/20855-556**

BKK Herkules
Jordanstraße 6
34117 Kassel

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK Herkules, Jordanstraße 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 des Versicherten / Zahlungspflichtigen
Krankenversicherungsnummer
Adresse

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.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel

Unterschrift Kontoinhaber

1220011494899