

BITTE ZURÜCK AN:



BKK VDN
Postfach 11 60
58206 Schwerte


Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE40ZZZ00001003490


SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUM MITGLIED	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
Anschrift:	

Ich ermächtige die **BKK VDN**, Rosenweg 15, 58239 Schwerte, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **BKK VDN** 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KONTODATEN	
Name der Bank:	
IBAN: <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>
Name, Vorname des Kontoinhabers:	
Bei abweichendem Kontoinhaber, Anschrift:	
Die Beiträge sollen zur jeweiligen Fälligkeit (15. des Monats, der auf den Beitragsmonat folgt) abgebucht werden.	
Datenschutzhinweis! Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter https://www.bkk-vdn.de/datenschutz	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden <u>nicht</u> an Dritte weitergegeben.	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort, Datum	 Unterschrift des Kontoinhabers