SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE40ZZZ00001003490

BKK VDN
Vertrauen Durch Nähe

BITTE ZURÜCK AN:

BKK VDN
Postfach 11 60
58206 Schwerte

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Firma / Zahlungspflichtiger:

Anschrift:

Betriebsnummer:

Wir ermächtigen die BKK VDN, Rosenweg 15, 58239 Schwerte, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK VDN auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

☞ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

2. KONTODATEN

Name der Bank:

IBAN:

Kontoinhaber/in, sofern abweichend:

Anschrift Kontoinhaber/in:

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.

☐ 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 nicht an Dritte weitergegeben.

Ort: **Datum:**

✗

✎ **Unterschrift des Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber/in**

2403