

**BOSCH****BKK**

Zurück an:

Bosch BKK  
 Mitgliederservice  
 Postfach 30 02 80  
 70442 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000090189  
 Mandatsreferenz: Wird seperat mitgeteilt

**LASTSCHRIFTMANDAT**  
**für den einheitlichen Binnenmarkt im Euro-Zahlungsverkehr(SEPA)**

Ich ermächtige die Bosch BKK Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bosch BKK 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.

**Einwilligung zum Lastschriftmandat zur Abbuchung der Beiträge für:**

<b>Name, Vorname</b>		<b>KV-Nummer</b>			
<b>Anschrift</b>					
<b>Name, Vorname des Kontoinhaber</b> (falls nicht mit o.g. Versicherten identisch, für den dieses Lastschriftmandat gilt)					
<b>Name des Kreditinstituts</b>			<b>BIC</b>		
<b>IBAN</b>					
D	E	__	__	__	__

Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. In diesem Fall ist eine Neuerteilung erforderlich. Mir ist bekannt, dass ich die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Kontoinhaber