

**BOSCH****BKK**

**Bitte senden Sie uns das Lastschriftmandat ausgefüllt zurück.**

Gerne per **E-Mail** an [Arbeitgeberservice@Bosch-BKK.de](mailto:Arbeitgeberservice@Bosch-BKK.de) (in der Betreffzeile geben Sie bitte Ihre achtstellige Betriebsnummer an (xxxxxxx- SEPA Mandat)  
oder **Fax** 0345 279 979-216

Bosch BKK  
Postfach 10 01 35  
06140 Halle

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE21ZZZ0000090189**  
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

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

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

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

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

<b>Firmenname</b>		<b>Betriebsnummer</b>
<b>Anschrift</b>		
<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. Uns ist bekannt, dass wir die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

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