

Bitte zurück an:

SKD BKK  
c/o ARGE GSVplus GmbH  
Postfach 70 01 06  
22001 Hamburg

E-Mail: post-skdbkk@argegsvplus.de

**Einzugsermächtigung und Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats  
für Beiträge zur Sozialversicherung**

gültig ab Beitragsmonat: \_\_\_\_\_

**Zahlungspflichtiger:**

Firmenname	Betriebsnummer
Anschrift	

**Zahlungsempfänger**

Gläubiger-Identifikationsnummer

SKD BKK, Schultesstraße 19 A, 97421 Schweinfurt	DE69ZZZ00000031416
---	--------------------

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die SKD BKK widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat\* – Mandat für wiederkehrende Zahlungen:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die SKD BKK, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich / wir mein Kreditinstitut an, die von der SKD BKK aus mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*\*Mandatsnummer wird noch mitgeteilt.*

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

**Der Fälligkeitszeitpunkt für die Beitragszahlungen ist gesetzlich vorgegeben (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).**

Kontoinhaber / Firmenname	
<b>IBAN</b> (22 Stellen)	<b>BIC</b> (11 Stellen)
Name der Bank/des Geldinstituts	
Ort, Datum	Unterschrift / Firmenstempel