

Bitte zurück an:

SKD BKK
Geschäftsstelle Karlstadt
Würzburger Str. 16

97753 Karlstadt

**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	
IBAN (22 Stellen)	BIC (11 Stellen)
Name der Bank/des Geldinstituts	
Ort, Datum	Unterschrift / Firmenstempel