



## ERTEILUNG EINES SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDATS

Bitte ausgefüllt zurück an Zahlungsempfänger

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

BKK Akzo Nobel Bayern  
Postfach 100 131  
06140 Halle/Saale

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE60ZZZ00000056798

Mandatsreferenz

### SEPA-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich o.g.  
Zahlungsempfänger

einmalig

wiederkehrend

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut  
an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene(n)  
Lastschriften einzulösen.

Hinweis

Ich (wir) sind berechtigt innerhalb von 8 Wochen,  
beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung  
des belasteten Betrages zu verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kredit-  
institut vereinbarten Bedingungen.

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen	Betriebsnummer
	IBAN des/der Zahlungspflichtigen DE ____ ____ ____ ____ ____ ____
	BIC des kontoführenden Kreditinstitutes
	Kontoführendes Kreditinstitut

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Firmenstempel

Telefonnummer