



ERTEILUNG EINES SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDATS

Bitte ausgefüllt im Original zurück an Zahlungsempfänger

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

BKK Akzo Nobel Bayern
63784 Obernburg

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 |
| | BIC des kontoführenden Kreditinstitutes |
| | Kontoführendes Kreditinstitut |

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Firmenstempel

Telefonnummer