BKK ZF & Partner
Partner für Ihre Gesundheit

Zurück an:
BKK ZF & Partner
Postfach 11 80
88001 Friedrichshafen

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 42 BKK 00000 535 235

Mandatsreferenz:

☐ Mandat für laufende Beträge
☐ Mandat für Ratenzahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK ZF & Partner, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK ZF & Partner auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Versicherter) | geb. am | KVNR

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum | Ort | Unterschrift des Versicherten

☐ Abweichender Kontoinhaber

Name, Vorname | geb. am

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

BIC: (8 oder 11-stellig)
Kreditinstitut (Name)

IBAN: (max. 31-stellig)

Datum | Ort | Unterschrift des Kontoinhabers