

## SEPA–Lastschriftmandat

Arbeitgeberanschrift:

-----  
-----  
-----  
-----

Zahlungsempfänger

Wieland BKK

Graf-Arco-Straße 36

89079 Ulm

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 58 ZZZ 00000 26 29 59

Ihre Mandatsreferenznummer

Wird separat mitgeteilt

### SEPA–Lastschriftmandat

Hiermit ermächtigen wir die Wieland BKK, bestehende Zahlungsverpflichtungen mittels SEPA-Basislastschrift zu Lasten unseres Kontos einzuziehen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, von der Wieland BKK auf unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

#### Kontoinhaber

Firma \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

(Diese ersetzen künftig Bankleitzahl und Kontonummer. Sie finden diese auf Ihrer Bankkarte bzw. Kontoauszug)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/–bevollmächtigter

→ Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPA- Basislastschrift mitgeteilt.