

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.

Datenschutzhinweis

Die Erteilung eines SEPA-Mandates ist freiwillig. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Wieland BKK nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zum Zwecke der Erfüllung Ihrer Zahlungspflicht des Gesamtsozialversicherungsbeitrages nach § 28e Abs. 1 Satz 1 SGB IV erhoben und verarbeitet. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unseren Internetseiten oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen zu.