

Bitte zurück an:

**Ansprechpartnerin:**

**Frau Anett Mahler**

Telefon: +49 0371/8143-336

E-Mail: anett.mahler@karlmayer-bkk.de

KARL MAYER Betriebskrankenkasse  
z.Hd. Frau Mahler  
Mauersbergerstr. 2  
09117 Chemnitz

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**DE12ZZZ00001178691**

- Mandat für **einmalige** Zahlung  
 Mandat für **wiederkehrende** Zahlung

**SEPA-Lastschriftmandat Sozialversicherungsbeiträge**

Ich ermächtige die KARL MAYER Betriebskrankenkasse die Beiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name / Firma

**Betriebs-Nr:**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

BIC:

\_\_\_\_\_  
(8 oder 11-stellig)

IBAN:

\_\_\_\_\_  
(max. 31-stellig)

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber /  
Stempel und Unterschrift Firma