

**Bitte zurück an:**

BKK B. Braun Aesculap  
Grüne Straße 1  
34212 Melsungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000778759
--

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

**SEPA-Lastschriftenmandat für Gesamtsozialversicherungsbeiträge**  
**BBNR:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Betrifft folgende(n) Versicherte(n) unserer BKK:

Ich/Wir ermächtige/n die BKK B. Braun Aesculap, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK B. Braun Aesculap 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.

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

IBAN: _____ (max. 31-stellig)
----------------------------------

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Firma/ des Kontoinhabers