

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG

durch Lastschriften

Zahlungsempfänger: **Vereinigte BKK  
Hugo-Junkers-Str. 5  
60386 Frankfurt**

**Fax-Nr. 069/450911-100**

von Auftraggeber: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie bis auf Widerruf, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschriften einzuziehen.

Der Einzug soll erstmalig ab Beitragsmonat \_\_\_\_\_ erfolgen.\*

Bezeichnung der Bank \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Datum/Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

\*Bitte stellen Sie sicher, dass uns die Beitragsnachweisung spätestens 3 Tage vor dem jeweiligen Fälligkeitstermin vorliegt.