

SEPA-Lastschriftmandat

Betriebskrankenkasse Mobil Oil
c/o ARGE GSV plus GmbH
22047 Hamburg

oder per Fax an 040 20901 - 5999

Firma	_____
Straße bzw. Postfach	_____
PLZ und Ort	_____
Betriebsnummer	_____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00001158056

Einzugsermächtigung

Hiermit erteilen wir der Betriebskrankenkasse Mobil Oil die Erlaubnis, die jeweils fälligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge (inkl. eventueller Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung) von folgendem Konto abzubuchen

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtigen wir die Betriebskrankenkasse Mobil Oil, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Geldinstitut an, die von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Ort des Geldinstituts

Vorname und Name

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / __
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

____ / ____ / ____ / ____
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

Das SEPA-Mandat gilt ab dem Abrechnungsmonat _____

Uns ist bekannt, dass der jeweils gültige Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil einzureichen ist.

Datum

Unterschrift und Stempel

Hinweis: Die IBAN und BIC ersetzen die Kontonummer und Bankleitzahl. Diese stehen grundsätzlich auf Ihrer Bank- bzw. Sparkassenkarte oder Ihren Kontoauszügen. Anderenfalls erfragen Sie die neuen Kontodaten bitte bei Ihrem Geldinstitut.