

SEPA Lastschrift-Mandat für Sozialversicherungsbeiträge

Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ00000053464

Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Betrieb

▶ Die fällige Beiträge sollen ab dem Beitragsmonat abgebucht werden.

Betriebsnummer

Firma

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort



Bankverbindung

IBAN

BIC Kreditinstitut

Kontoinhaber

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

X

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers/Firmenstempel

▶ Senden oder faxen Sie diesen Vordruck einfach an eine der folgenden Stellen:

Salus BKK
Arbeitgeberservice
Barfußgäßchen 15
04109 Leipzig
Fax: 0341 45337-587



**Kennen Sie schon
unseren Newsletter
für Arbeitgeber?**

Anmeldung und Infos unter:
www.salus-bkk.de/professional