Wichtig: Wir bitten Sie, außerhalb der dafür vorgesehenen Felder, keine weiteren handschriftlichen Vermerke auf dem Formular zu erfassen.

Zurück an:

Tel.: 0800 055 6446
E-Mail: info@novitas-bkk.de

Novitas BKK
47050 Duisburg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz:

☐ Mandat für einmalige Zahlung
☐ Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Novitas BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Novitas BKK 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.

Das SEPA-Lastschriftmandat ist gültig ab: T T M M J J J J

Betriebsnummer:

Vorname und Name / Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Kreditinstitut (Name)

BIC: (8 oder 11-stellig)

IBAN (max. 31-stellig)

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

☐ Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname und Name (+abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum | Ort | Unterschrift des Kontoinhabers