

BKK EUREGIO  
Kundenservice 3.2  
Postfach 1320  
52517 Heinsberg

<b>Auftraggeber Name, Anschrift</b>
<b>Krankenversicherturnummer:</b>

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger: **BKK EUREGIO**  
Gläubiger-ID: **DE41ZZZ00000331553**  
Mandatsreferenz: wird nachgereicht

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

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die BKK EUREGIO bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Kreditinstitut (Name)	
-----------------------	--

IBAN	D E
------	-----

BIC	
-----	--

**Bitte nur ausfüllen, falls Kontoinhaber/in und Zahlungspflichtige/r voneinander abweichen:**

Kontoinhaber/in (Name und Vorname)	
------------------------------------	--

Straße und Hausnummer	
-----------------------	--

Postleitzahl	
--------------	--

Ort	
-----	--

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in