

Bitte zurück an:

Oder per Telefax 0212 2262-405

BKK DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Postfach 19 05 40

42705 Solingen

Einzugsermächtigung

Name, Vorname, Geburtsdatum bzw. Firma / Zahlungspflichtiger

Arbeitgeber-Betriebsnummer

Anschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

BKK DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen

widerruflich, die von mir / uns jeweils zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos einzuziehen.

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat

abgebucht werden

Datum

Unterschrift Mitglied / Stempel und Unterschrift Firma

Unterschrift Kontoinhaber

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht widerrufen wird. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist die kontoführende Bank nicht verpflichtet, die Abbuchung einzulösen.