

Name/Firma

Versichertennummer/Betriebsnummer

Vorname/Firma

Geburtsdatum

Anschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu zahlenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Nr.

Bankleitzahl (BLZ)

bei der

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Diese Ermächtigung gilt vom _____ an.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, daß die Daten elektronisch gespeichert werden.

Datum

Unterschrift

Beachten Sie bitte, daß ein eventuell bestehender Dauerauftrag zum nächstmöglichen Termin zu löschen ist.