

## SEPA-Lastschriftmandat

Betriebskrankenkasse Mobil Oil  
c/o ARGE GSV plus GmbH  
22047 Hamburg

oder per Fax an 040 20901 - 5999

Firma	_____
Straße bzw. Postfach	_____
PLZ und Ort	_____
Betriebsnummer	_____

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00001158056**

Hiermit ermächtigen wir die Betriebskrankenkasse Mobil Oil, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Geldinstitut an, die von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Geldinstituts

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Das SEPA-Mandat gilt ab dem Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

Uns ist bekannt, dass der jeweils gültige Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil einzureichen ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**Hinweis:** Die IBAN und BIC ersetzen die Kontonummer und Bankleitzahl. Diese stehen grundsätzlich auf Ihrer Bank- bzw. Sparkassenkarte oder Ihren Kontoauszügen. Anderenfalls erfragen Sie die neuen Kontodaten bitte bei Ihrem Geldinstitut.