

SEPA Lastschriftmandat

Betriebsnummer:

Arbeitgeber:

Straße:

PLZ, Ort:

Die _____ wird ab Monat _____ bis auf Widerruf
ermächtigt, die anfallenden Beiträge zu Lasten folgenden Girokontos anzufordern:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Ort, Datum:

Name/Firmennamen/Firmenstempel

Unterschrift