

**Antwort:**

BKK Technoform  
Beleglesezentrum  
30645 Hannover

**SEPA-Lastschriftmandat für Sozialversicherungsbeiträge**

Firma
Betriebsnummer

**Hiermit ermächtige/n ich/wir die BKK Technoform, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Technoform auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.**

Gläubiger Identifikationsnummer	Mandatsreferenz
DE36ZZZ00000065960	

Hinweis: Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.  
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Name Kontoinhaber	

**Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.**

Datum	Stempel und Unterschrift der Firma	Unterschrift Kontoinhaber
-------	------------------------------------	---------------------------

Die Datenerhebung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, § 67 SGB X i. V. m. § 35 SGB I, § 284 SGB V sowie § 60 SGB I.

**Datenschutz**

Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite unter: [www.bkk-technoform.de/datenschutz](http://www.bkk-technoform.de/datenschutz).  
Wenn Sie unsere Datenschutzhinweise in Papierform wünschen, lassen Sie es uns bitte wissen. Wir senden sie Ihnen dann gerne per Post zu.