Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

Einzugsermächtigung und **SEPA-Lastschriftmandat** (Kombimandat)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die widerruflich, die fälligen Beiträge zur Sozialversicherung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wichtiger Hinweis:

Die Abbuchung ist von uns so rechtzeitig zu veranlassen, daß wir spätestens zum Fälligkeitstag, dem drittletzten Bankarbeitstag des Monats, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt, über die voraussichtlichen Beiträge verfügen können. Ein eventuell verbleibender Restbeitrag ist mit der nächsten Fälligkeit zu zahlen. Bitte beachten Sie, daß der Beitragsnachweis bis zu diesem Tag auf elektronischem Weg an uns übermittelt werden muß. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, buchen wir zunächst in Höhe des Vormonatsbeitrags von Ihrem Konto ab. Ist aufgrund des Beitragsnachweises die Abbuchung zu korrigieren, rufen Sie uns bitte an.

Betriebsnummer	
Name des Arbeitgebers	
Anschrift	
Bank	
Postgiroamt	
Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN	BIC
Name des Kontoinhabers bei abweichender Geldadresse	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift werde ich/werden wir von über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet.

06.06.2013

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers