

atlas BKK ahlmann  
Postfach 286212  
28362 Bremen

Tel.: 0421 43551- 86  
Fax: 0421 43551- 29  
E-Mail: info@abkka.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz:

- Mandat für einmalige Zahlung**  
 **Mandat für wiederkehrende Zahlung**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die atlas BKK ahlmann, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der atlas BKK ahlmann auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/ oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

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

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

BIC:

\_\_\_\_\_  
(8 oder 11-stellig)

IBAN:

\_\_\_\_\_  
(max. 31-stellig)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort