

Zurück an:

Tel.: +49 9401 70 3775
Fax: +49 9401 70 2950
E-Mail: bkk.info@krones.com

Krones BKK
Bayerwaldstr. 2 L
93073 Neutraubling

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE64ZZZ00000319887

Mandatsreferenz:
015594551

- Mandat für einmalige Zahlung
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Krones BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Krones BKK 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.

Vorname und Name / Firma

**KV-Nr. bzw.
Betriebsnummer:**

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