

Unternehmens- oder Kundennummer:

SEPA-Lastschriftmandat für

Gläubiger-Identifikationsnummer der BGW: DE12BGW00000053976
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (BGW) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber:

Name	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Land	
IBAN (International Bank Account Number)	
BIC (Business Identifier Code)	Name der Bank

Die Einzugsermächtigung gilt ab:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Wenn diese Einzugsermächtigung auch für Ihre Unternehmensversicherung oder ggf. weitere Betriebe gelten soll, dann geben Sie dies hier an.

Unternehmens- oder Kundennummer	Unternehmens- oder Kundennummer	Unternehmens- oder Kundennummer
Unternehmens- oder Kundennummer	Unternehmens- oder Kundennummer	Unternehmens- oder Kundennummer

 Datum und Unterschrift d. Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
 oder d. Kontobevollmächtigten

 Datum und Unterschrift d. Kontoinhabers/Kontoinhaberin,
 wenn nicht Zahlungspflichtiger

Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen zu den oben gemachten Angaben. Danke.

Rücksendeadresse:

Berufsgenossenschaft für
 Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
 Unternehmerbetreuung
 Postfach 76 02 24
 22052 Hamburg

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Original zurücksenden!