

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.**

Kundennummer	Kundennummer	Kundennummer
Kundennummer	Kundennummer	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!