

Absender (Angaben bitte ergänzen oder korrigieren)

Telefon/E-Mail _____
Ansprechpartner _____

BVV Versorgungskasse
des Bankgewerbes e.V.
Beitragsabrechnung
Kurfürstendamm 111 – 113
10711 Berlin

oder per Fax an 030 / 520 05 68 21

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000005694
Mandatsreferenz: wird separat vergeben und später mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat – Unterstützungskasse (UK)

– wiederkehrende Lastschrift –

Firmen-Nr. _____ – UK
Name
des Kontoinhabers _____
Anschrift
des Kontoinhabers _____

Wir ermächtigen die BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V., die fälligen – gegebenenfalls auch rückständigen – Beiträge von unserem Girokonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gültig ab _____
Name der Bank _____
BIC _____ (8 oder 11 Stellen)
IBAN _____
Name der Firma
bei abweichendem Kontoinhaber _____

Falls das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Bearbeitungsgebühren der beteiligten Banken für die Nichteinlösung einer Lastschrift, die von uns zu vertreten sind (z. B. Konto erloschen, keine ausreichende Deckung), gehen zu unseren Lasten.

Ort, Datum Firma (Firmenstempel, Unterschrift des Kontoinhabers bzw. dessen Bevollmächtigten)