

Firma

Krankenkasse

## **Einzugsermächtigung**

**Betriebsnummer:** .....

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die monatlichen Beiträge zur Sozialversicherung für meine Arbeitnehmer

ab Monat .....

von dem nachfolgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN:..... BIC:.....

bei Kreditinstitut:.....

Kontoinhaber:.....

.....  
Datum, Unterschrift