

## Vollmacht zur Erteilung von SEPA-Lastschriftmandaten gegenüber Krankenkassen

Hiermit bevollmächtige ich (Zahlungsverpflichteter)

Name, Vorname:

Anschrift:

die Steuerkanzlei Arndt | Bartsch & Partner m.b.B. (Bevollmächtigter)  
Jeverstraße 18  
26427 Esens

zur Erteilung von SEPA-Lastschriftmandanten gegenüber den Krankenkassen, sodass die Sozialversicherungsbeiträge im Rahmen der Lohnbuchführung automatisch von meinem untenstehenden Konto eingezogen werden.

Bankverbindung (Zahlungsverpflichteter)

IBAN:

BIC:

Institut:

Mir ist bewusst, dass der Widerruf eines SEPA-Lastschriftmandates gegenüber den Krankenkassen schriftlich von mir erfolgen muss.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift