

Einziehungsermächtigung

B

Wichtiger Hinweis:

Die Abbuchung ist von uns so rechtzeitig zu veranlassen, daß wir spätestens zum Fälligkeitstag - am 15. des Folgemonats - über die Beiträge verfügen können. Deshalb brauchen wir Ihren Beitragsnachweis spätestens am 10. des Folgemonats für den vorangegangenen Abrechnungsmonat. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, buchen wir zunächst in Höhe des Vormonatsbeitrags von Ihrem Konto ab. Ist aufgrund des Beitragsnachweises die Abbuchung zu korrigieren, rufen Sie uns bitte an.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die _____, die fälligen Beiträge zur Sozialversicherung von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Betriebsnummer		
Name des Arbeitgebers		
Anschrift		
Bank		
Postgiroamt		
VZ	2	Bankleitzahl
Kontonummer		
Name des Kontoinhabers bei abweichender Geldadresse		

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

SA E 4020

SA E 4023

Datum

Unterschrift