

**Einzugsermächtigung ab \_\_\_\_\_**

Angaben zum Mitglied:

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
-------	--	----------	--	-------------	--

An: (Zahlungsempfänger)

**SKD BKK**  
Geschäftsstelle Karlstadt  
Würzburger Str. 16

97753 Karlstadt

Die monatlich fällig werdenden Beiträge zur Sozialversicherung bitten wir von folgendem Konto abbuchen zu lassen:

Konto-Nr:	
BLZ:	
Bankinstitut	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Arbeitgeber	
Betriebsnummer	
Straße	
PLZ, Ort	
Tel.-Nr.	
Ansprechpartner	

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift