

Einziehungsermächtigung



Wichtiger Hinweis:

Die Abbuchung ist von uns so rechtzeitig zu veranlassen, daß wir spätestens zum Fälligkeitstag, dem drittletzten Bankarbeitstag des Monats, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt, über die voraussichtlichen Beiträge verfügen können. Ein eventuell verbleibender Restbeitrag ist mit der nächsten Fälligkeit zu zahlen. Bitte beachten Sie, daß der Beitragsnachweis bis zu diesem Tag auf elektronischem Weg an uns übermittelt werden muß. 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		

**10.10.2009**

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

SA E 4020

SA E 4023

Datum

Unterschrift