

**Antwort**

**Rückantwort**  
siehe Angaben unten

mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE50ZZZ00000020991**  
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die mhplus, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der mhplus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Betriebs-/Beitragskontonummer

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaber

Name, Vorname, Firma

Anschrift

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

**X**  
Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaber

**Kontakt entsprechend Ihres Sitzes (Bundesland) und der 4-stelligen Endziffer Ihrer Betriebsnummer:**

**Baden-Württemberg und Bayern**

Betriebsnummern-Endziffer ....0000 – ....2884  
[Firmenkunden1@mhplus.de](mailto:Firmenkunden1@mhplus.de) Fax 07141 9790-44 5633

Betriebsnummern-Endziffer ....2885 – ....6375)  
[Firmenkunden2@mhplus.de](mailto:Firmenkunden2@mhplus.de) Fax 07141 9790-44 5634

Betriebsnummern-Endziffer ....6376 - ....9999  
[Firmenkunden4@mhplus.de](mailto:Firmenkunden4@mhplus.de) Fax 07141 9790-44 5635

**Übrige Bundesländer**

Betriebsnummern-Endziffer ....0000 - ....4919  
[Firmenkunden5@mhplus.de](mailto:Firmenkunden5@mhplus.de) Fax 07141 9790-44 5636

Betriebsnummern-Endziffer ...4920 - ...9999  
[Firmenkunden6@mhplus.de](mailto:Firmenkunden6@mhplus.de) Fax 07141 9790-44 5637

HINWEIS: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.