

### Einzugsermächtigung

Name des Versicherten	
Krankenversicherungsnummer	

Hiermit ermächtige ich die Betriebskrankenkasse der ESSO widerruflich, die von mir zu entrichtenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

Kontonummer	
Name der Bank / Sparkasse	
Bankleitzahl	

mittels Lastschrift einzubehalten.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die mit einer eventuellen Nichteinlösung verbundenen Kosten gehen zu meinen Lasten.

Name, Vorname	
Straße	
PLZ , Wohnort	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_