IHDE.ZEMBOL.PARTNER.
Steuerberatungsgesellschaft mbB

Vollmacht zur elektronischen Erteilung von SEPA-Lastschriftmandanten gegenüber Krankenkassen über das Lohnabrechnungsprogramm

Hiermit bevollmächtige ich (Zahlungsverpflichteter)

_____

Anschrift:

_____

_____

die Steuerkanzlei:
izp - Ihde. Zembol. Partner. Steuerberatungsgesellschaft mbB Bevollmächtigter)
Flachsland 10, 22083 Hamburg

im Rahmen der Tätigkeiten der elektronischen Datenübermittlung von Arbeitgeberkonten bei den Krankenkassen, Lastschriftmandate über das Lohnabrechnungsprogramm der Steuerkanzlei zu erteilen.
Diese Vereinbarung gilt ausschließlich für die oben genannte Situation der programmseitigen Lastschrifterteilung an die Krankenkassen.
Weitere Vollmachten oder Berechtigungen sind hiermit nicht verbunden.

Bankverbindung (Zahlungsverpflichteter):

IBAN: _____

BIC: _____

Institut: _____

Der Widerruf einer Lastschrift muss nach wie vor schriftlich gegenüber der Krankenkasse erfolgen und kann nur vom Kontoinhaber/-in bzw. Firmeninhaber/-in veranlasst werden.

_____ _____
Datum Unterschrift