

Vollmacht zur Erteilung von SEPA-Lastschriftmandanten an Krankenkassen

Hiermit erteile/n ich/wir, die Firma _____, den Lohnsachbearbeitern der Steuerkanzlei Gorzitze 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.

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)