



Machtiging automatische incasso Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Slagharen

Naam incassant	: Huisartsenpraktijk Slagharen
Adres incassant	: Anton Geerdesplein 6
Postcode/woonplaats incassant	: 7776 BD Slagharen
Land incassant	: Nederland
Incassant ID	: NL98ZZZ050573310000
Kenmerk machtiging	: Debiteurnummer

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Slagharen om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Slagharen.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving, kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Voorletter(s) :

Naam (volledig) :

Adres :

Postcode : **Woonplaats:**

Geboortedatum :

Mailadres :

Telefoonnummer :

Rekeningnummer (IBAN) :

Plaats en datum :

Handtekening

*Indien u een (digitale) factuur van de afschrijving wenst te ontvangen, zijn wij een
06-nummer EN e-mailadres van u (of van een familielid/contactpersoon) nodig.*