



## 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**