



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