

Apotheek Deys

Machtigingsformulier automatische incasso

Naam incassant:	Apothekersgroep Nederrijn VOF hodn Apotheek Deys
Adres incassant:	Nieuwe Veenendaalseweg 47
Postcode/woonplaats incassant:	3911 ME Rhenen
Land incassant:	Nederland
Incassant ID:	NL80ZZZ301799790000
Reden betaling:	Geleverde genees- en/of hulpmiddelen

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan

- Apotheek Deys BV om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Apotheek Deys BV.

Voordat wij geld van uw rekening afschrijven ontvangt u per post een gespecificeerde nota.

- 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.

Naam en voorletters: _____ Geboortedatum: _____

Alsmede voor de volgende gezinsleden:

Naam en voorletters: _____ Geboortedatum: _____

Naam en voorletters: _____ Geboortedatum: _____

Naam en voorletters: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode/woonplaats: _____

IBAN (rekeningnummer): _____

Plaats en datum: _____

Handtekening: _____

Voor vragen over dit incassoformulier of voor het intrekken van de machtiging kunt u contact opnemen met Apotheek Deys via tel. 0317 – 612 481

Apothekersgroep Nederrijn VOF hodn Apotheek Deys | IBAN NL89ABNA0558216110 | KvK 56953690
| BTW nr. NL8523.76.625.B01