



Machtiging doorlopende SEPA incasso



Naam incassant: **ZorgPlus**
Adres incassant: **Kerkhuisstraat 20**
Postcode/woonplaats incassant: **7037 DE Beek**
Land incassant: **Nederland**
Incassant-id: **NL05INGB 0672374927**
Kenmerk machtiging: incasso 4 wekelijkse factuur

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

- “ ZorgPlus om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en
- “ uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van ZorgPlus.

2 weken na factuurdatum zal het factuurbedrag van de aan u gezonden factuur geïncasseerd worden.

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.

Voorletters en naam: _____

Adres: _____

Postcode/woonplaats: _____

Land: Nederland

IBAN (rekeningnummer):

N	L																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____