Doorlopende SEPA-machtiging automatische incasso

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

Infomedics B.V. 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 Infomedics B.V.

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.

U dient deze machtiging ingevuld en ondertekend af te geven in de apotheek.

** In te vullen door zorgconsument*

Naam en voorletters: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Land: _____

IBAN (rekeningnummer): _____

Plaats: _____ Datum: _____ Handtekening: _____

Naam incassant:	Infomedics B.V.
Adres incassant:	P.J. Oudweg 41
Postcode / woonplaats incassant:	1314 CJ Almere
Land incassant:	Nederland
Incassant-id:	NL98ZZZ040481430000

** In te vullen door de apotheek*

Kenmerk machtiging: