



Naam: P.S. Wiersema h/o Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Wiersema

Adres: E.M. Beimastrijtte 69

Postcode: 9261 VH **Woonplaats:** Eastermar

Land: Nederland

Incassant ID: NL96ZZZ011538610000 **Kenmerk machtiging:** verstrekking medicatie/hulpmiddel

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan :

- Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Wiersema 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 Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Wiersema.

Op de facturen die u ontvangt, staat aangegeven dat het om een automatisch incasso gaat. Omdat het vaak om kleine bedragen gaat, versturen wij deze niet maandelijks.

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. Uiteraard kunt u ook altijd onze praktijk bellen om uw incasso te bespreken.

Indien u de machtiging stop wilt zetten, geef dit dan zo snel mogelijk aan ons door. Wij zorgen dan dat u het formulier 'machtiging intrekken' ontvangt en de automatisch incasso zo snel mogelijk wordt stopgezet.

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ **Woonplaats:** _____

Land: **NEDERLAND** **E-mail adres waarop u de facturen wilt ontvangen:** _____

06-nummer _____ **(Verplicht als u de nota via e-mail wilt ontvangen).**

Rekeningnummer IBAN _____ **Bank identificatie (BIC)*:** _____

Plaats en Datum _____ **Handtekening:** _____

*BIC is niet verplicht bij NL IBAN.