



Naam:	H.J. Glastra van Loon h/o Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Anjum		
Adres:	Mûnebuorren 11 A		
Postcode:	9133 MA	Woonplaats:	Anjum
Land:	Nederland		
Incassant ID:	NL 71ZZZ011664240000	Kenmerk machtiging:	verstrekking medicatie/hulpmiddel

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan :

- Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Anjum 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 Anjum.

Op de facturen die u ontvangt, staat dat het om een automatisch incasso gaat. Wij versturen deze facturen alleen digitaal. Vul daarom altijd uw e-mailadres en 06 nummer in.

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, u ontvangt een code op uw mobiel om de e-mail met factuur te openen)		
Rekeningnummer IBAN			
	Bank identificatie (BIC)*:		
Plaats en Datum			
	Handtekening:		

*BIC is niet verplicht bij NL IBAN.