

Machtiging doorlopende SEPA incasso & Bezorging

Naam Apotheek Didam **Incassant ID** NL95ZZZ090569380000
Adres Panhuis 54
Postcode 6941 BZ
Plaats Didam
Land Nederland

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Apotheek Didam om doorlopende 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 Didam. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam:	
Adres:	
Postcode	
Land:	
E-mailadres:	

IBAN (Europees rekeningnummer, 18 tekens/cijfers):

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

Bezorgen (voor als u medicatie (incidenteel) wil laten bezorgen)

Ik geef toestemming voor het bezorgen van medicatie bij mijn burens indien ik niet thuis ben.	JA / NEE
Ik geef toestemming voor het bezorgen van medicatie via de brievenbus (indien mogelijk).	JA / NEE

* *Doorstrepen wat niet van toepassing is.*

Datum:.....

Handtekening: