

Doorlopende machtiging incasso

Handelsnaam	Stichting Amaris Zorggroep
Adres:	Werkdroger 1
Postcode:	1251 CM
Woonplaats:	Laren
Land:	Nederland
Incassant id:	NL19ZZZ320779060000
Kenmerk Machtiging:	

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:
 Amaris Zorggroep om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven wegens huur- en servicekosten en/of maaltijden en overige dienstverlening

en

aan uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Amaris Zorggroep.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Een dergelijk verzoek moet binnen acht weken na de datum van afschrijving worden ingediend. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

(In te vullen door cliënt)

Naam:	_____
Adres:	_____ Kamer: _____
Email-adres:	Postcode: _____ Woonplaats: _____ _____(digitale factuur)*
Rekeningnummer (IBAN):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*digitale facturen zijn kosteloos, administratiekosten van een factuur per post bedragen € 2,50 per factuur, Bij het ontbreken van de machtiging brengen wij € 2,50 extra in rekening.

(Ondertekening door cliënt)

Datum: _____ Plaats: _____

Naam: _____

Handtekening: