

MACHTIGINGSKAART

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging* machtiging aan

Apotheek de Roosten
Kerstrooslaan 12
5644 EA Eindhoven

om van zijn/ haar hieronder genoemde bankrekening een bedrag/ bedragen af te schrijven wegens geleverde goederen.

IBAN nummer:

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

Naam en voorletter(s) -----

Adres -----

Postcode en woonplaats -----

Telefoonnummer -----

Ondergetekende verklaart zich akkoord met de regeling zoals hieronder is vermeld.

Datum

Handtekening

Doorlopende incasso's worden 3 weken na factuurdatum geïncasseerd. Eenmalige incasso's eerder. Als u het niet eens bent met een afschrijving, heeft u een maand de tijd (voor particulieren) om uw bank opdracht te geven het bedrag terug te boeken. U dient bij het opzeggen van de machtiging rekening te houden met enige verwerkingstijd.

U kunt het ingevulde machtigingsformulier mailen naar apothekderoosten@ezorg.nl