



Inschrijfformulier Medicijn Afhaal Automaat / Snelbalie

Mijn Gegevens

*Achternaam: _____ Voorletters: _____

Adres: _____ Postcode/Plaats: _____

*Email: _____ *Geboortedatum: _____

Heeft u kinderen tot 12 jaar dan kunt u dit formulier ook voor hen gebruiken. Kinderen vanaf 12 jaar moeten zelf een formulier invullen.

Gegevens Kinderen

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

Kiest voor gebruik van:

U kunt maar één ☐ aankruisen.

1. ☐ Medicijn Afhaal Automaat (Apotheek van der Veen, Paukenlaan 1 te Dongen)
2. ☐ Snelbalie (medicatie afhalen in Apotheek van der Veen aan snelbalie)
3. ☐ Medicijn Afhaal Automaat (in COOP supermarkt te 's Gravenmoer)

*Automatische incasso:

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan de Dongense Apothekers Maatschap om van zijn/haar ondergenoemde bankrekening bedragen af te schrijven wegens levering van niet door de zorgverzekeraar te vergoeden Genees- en/of Hulpmiddelen.

Incassant ID van de Dongense Apothekers Maatschap: NL88ZZZ172785750000

Uw IBAN nummer (18 tekens): _____

Datum: _____ Handtekening: _____

*Deze rubrieken moeten voor deelname worden ingevuld

U kunt het ingevulde formulier in de apotheek afgeven, opsturen of in de brievenbus deponeren aan de Paukenlaan 1, 5101 AR te Dongen