

Machtiging Automatische Incasso

**Apotheek Dalem
Dalempromenade 33
5035 KL Tilburg**

Incassant-ID: NL65ZZZ172399180000

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Apotheek Dalem B.V. om incasso-opdrachten te sturen naar uw bank en aan uw bank om een bedrag van onderstaande rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Apotheek Dalem B.V. U ontvangt altijd voorafgaand aan de incasso een specificatie van het te incasseren bedrag.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken (storneren). Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Deze machtiging betreft de facturering van verstrekte genees- en/of hulpmiddelen die niet door de zorgverzekeraar vergoed worden.

Het bedrag wordt rond de 25e van de maand afgeschreven.

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

IBAN _____

Betreft

Patiëntnaam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Geboortedatum _____

Plaats en Datum _____

Handtekening (gevolmachtigde bestuurder / rekeninghouder)
