



# Doorlopende Machtiging

Medisch Pedicure Didam  
Panhuis 52  
6941 BZ DIDAM  
Incassant ID: NL44ZZZ09143564000

Kenmerk machtiging: Klantnummer \_ \_ \_ \_

Reden betaling: \_\_\_\_\_

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Medisch Pedicure 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 Medisch Pedicure 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: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

IBAN : NL \_\_\_\_\_

Plaats en datum:

Handtekening voor Akkoord:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_