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: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Email-adres: _____(digitale factuur)

Rekeningnummer (IBAN): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(Ondertekening door cliënt)

Datum: _____ Plaats: _____

Naam: _____

Handtekening:

Machtiging Amaris Zorggroep
Formulier retour naar debiteuren@amaris.nl