

Machtiging doorlopende SEPA Incasso Algemeen

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Dental Partners Rotterdam B.V. om doorlopend incasso-opdrachten naar uw bank te sturen om een bedrag van uw rekening af te schrijven en uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Dental Partners Rotterdam B.V.

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

Kenmerk machtiging: (uw klantnummer)

Gegevens incassant

Bedrijfsnaam: Dental Partners Rotterdam B.V.
Adres: Albert Plesmanweg 103 a-d
Postcode: 3088 GC
Plaats: Rotterdam
Land: Nederland
Incassant -ID: NL15ZZZ242587440000

Uw gegevens

Bedrijfsnaam: _____
Naam en voorletters: _____
Adres: _____
Postcode & plaats: _____
Land: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Ondertekening:

Naam: _____
Plaats: _____
Datum: _____
Handtekening:

U dient dit formulier, volledig ingevuld en ondertekend aan ons te retourneren.
Dat kan per e-mail naar: dpr@dentalpartners.nl of per post naar Postbus 59213, 3080 VB Rotterdam

Op al onze leveranties van goederen en diensten zijn onze Algemene Verkoop- en Leveringsvoorwaarden van toepassing.