Doorlopende machtiging SEPA

0000000000000000000V176

Naam:	**CZ**
Adres:	**Ringbaan West 236**
Postcode:	**5038 KE**
woonplaats:	**Tilburg**
Land:	**Nederland**
Incassant-ID:	**<moet nog toegekend worden>**
Reden betaling:	**premiebetaling zorgverzekering**
Machtigingskenmerk:	**<wordt later aan u meegedeeld>**

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming:

- Aan CZ om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven;

- Aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven volgens de opdracht van CZ.

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.

Naam: .....

Adres: .....

Postcode/woonplaats: .....

Land: .....

Relatienummer: .....

Bankgegevens

Bankrekening (IBAN): NL ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

BIC*: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

* Hoeft alleen ingevuld te worden voor niet-Nederlandse bankrekeningen

Ondertekening

Plaats/datum: .....

Handtekening: .....

500.003.001.001.1323