



MACHTIGINGSFORMULIER DOORLOPENDE SEPA-INCASSO

Naam	Praktijk voor Fysieke en Mentale Balans (PFMB)
Adres	M.H. Tromplaan 9
Postcode	7511 JJ
Woonplaats	Enschede
Land	Nederland
Incassant ID	NL14ZZZ639792760000
Kenmerk machtiging	(uw cliëntnummer, wordt vermeld op de nota)

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Praktijk voor Fysieke en Mentale Balans om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om bedragen van uw rekening af te schrijven wegens gemaakte zorgkosten, en uw bank om doorlopend bedragen van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Praktijk voor Fysieke en Mentale Balans.

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 client

Adres

Postcode **Woonplaats**

Land

Rekeningnummer (IBAN)

BIC (Bankidentificatie)*

* Indien geen Nederlands rekeningnummer.

Plaats en datum van ondertekening

Handtekening

.....

.....

Wij incasseren de zorgkosten maandelijks. U bent zelf verantwoordelijk voor het declareren van de zorgnota's bij uw zorgverzekeraar. Op www.pfmb.nl/praktijk-info/#tarieven leest u meer over de betalingswijze en tarieven die wij hanteren.