

MACHTIGINGSFORMULIER DOORLOPENDE SEPA-INCASSO

Naam	Axcensa
Adres	Stiftstraat 3
Postcode Woonplaats	7595 LA Weerselo
Land	Nederland
Incassant ID	NL50 TRIO 0788 8258 36
Kenmerk machtiging	(uw Clientnummer, wordt vermeld op de nota)

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Axcensa 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 Axcensa.

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.