

Doorlopende SEPA machtiging

U gebruikt dit formulier om Pharmeon B.V., handelend onder de naam Uw Zorg Online, toestemming te verlenen tot het automatisch incasseren van de bedragen met betrekking tot de door u afgenomen diensten. Pharmeon B.V. incasseert bij overeenkomst voor het eerste jaar de volledige kosten. De vervolgfacturen worden per kalenderjaar verstuurd, met een verrekening van de eerste factuur in het daaropvolgende kalenderjaar.

U kunt dit formulier invullen en per e-mail versturen naar: administratie@pharmeon.nl.

Gegevens incassant

Naam	Pharmeon B.V.
Adres	Paasheuvelweg 25
Postcode	1105 BP
Plaats	Amsterdam
Land	Nederland
Incassant ID	NL20ZZZ34127514000

Gegevens klant

Klantnummer (indien bekend)	
Voor- en achternaam	
Bedrijfsnaam	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Land	
IBAN (rekeningnummer)	

Dit automatische incassoformulier maakt, na ondertekening, deel uit van de overeenkomst(en) tussen de klant en Pharmeon B.V. voor de afgenomen diensten.

Door ondertekening verklaart ondergetekende dat:

- de vermelde gegevens op dit formulier correct zijn;
- hij/zij toestemming geeft aan Pharmeon B.V. om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar de bank om het openstaande bedrag van de rekening af te schrijven;
- hij/zij toestemming geeft aan de bank om, overeenkomstig met Pharmeon B.V., doorlopende incasso-opdrachten van de rekening af te schrijven.

Plaats, datum

Handtekening

--	--