



Formulier doorlopende machtiging

SEPA

Voor het invullen kunt u op de boxen klikken en daar de antwoorden intypen.
In de hokjes kunt u vinkjes plaatsen. Na het invullen het formulier opslaan.
Daarna kunt u het formulier uitprinten, tekenen en opsturen.

Naam:	Stichting Philadelphia Zorg
Adres:	Wijersstraat 1
Postcode:	3811 MZ
Woonplaats:	Amersfoort
Land:	Nederland
Incassant ID:	NL73ZZZ410351660000
Betrekking tot: <i>(Vink aan wat van toepassing is, er zijn meerdere opties mogelijk?)</i>	<input type="checkbox"/> Was verzorging compleet <input type="checkbox"/> Wassen met gebruik was apparatuur <input type="checkbox"/> Gebruik was apparatuur <input type="checkbox"/> WA-verzekering (alleen bij VPT, MPT en PGB) <input type="checkbox"/> Inboedelverzekering <input type="checkbox"/> Samen Wonen <input type="checkbox"/> Ziggo <input type="checkbox"/> Kleine Uitgaven Regeling (KUR) <input type="checkbox"/> Huur

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan **Stichting Philadelphia Zorg** om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven, en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven. Dit overeenkomstig de opdracht van **Stichting Philadelphia Zorg**.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
E-mailadres:	
IBAN:	
Plaats, datum:	
Handtekening:	

Machtiging opsturen naar: **Stichting Philadelphia Zorg, t.a.v. afdeling Facturatie, Postbus 1255, 3800 BG Amersfoort**, of mail het formulier naar facturatie@philadelphia.nl.