SEPA

Machtiging standaard Europees incasso

Naam:	**eFarma BV**
Adres:	Biesland 7
Postcode:	1948 RJ
Woonplaats:	Beverwijk
Land:	Nederland
Incassant id:	NL13ZZZ341354820000
Uw klantnummer/ Kenmerk Machtiging:	|_|_|_|_|_|_| *(verplicht)*
Beschrijving van onderliggend contract:	**Bestelling**_____ _
Type betaling:	Doorlopend (mag meerdere malen gebruikt worden)

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan eFarma BV standaard Europese incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven wegens uw bestelling en aan uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van eFarma.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Een dergelijk verzoek moet binnen acht weken na de datum van afschrijving worden ingediend. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

(In te vullen door de geïncasseerde)

Naam:
(maximum 70 karakters) _____

Adres:
(maximum 70 karakters) _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Land: _____

Rekeningnummer (IBAN): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC (de code van uw bank): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(U kunt uw IBAN rekeningnummer en BIC op uw rekeningafschriften vinden)

Datum: _____ Plaats: _____

Naam: _____

Handtekening .

_____

Dit formulier voorzien van uw handtekening en opsturen naar:

eFarma BV, Postbus 234, 1940 AE Beverwijk