SEPA

Machtiging standaard Europees incasso

Naam:	**eFarma BV**
Adres:	Waterland 14
Postcode:	1948 RK
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 <reden betaling> 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 getekende formulier per post -scannen of faxen is niet toegestaan- opsturen naar:
eFarma BV, Antwoordnummer 365, 1940 VB Beverwijk (geen postzegel):