**MACHTIGING DOORLOPENDE SEPA INCASSO VOOR JAARLIJKSE DONATIE**

Naam organisatie: **Stichting Patiëntenzorg Antoni van Leeuwenhoek**

Adres gegevens: Plesmanlaan 121

Postcode en plaats: 1066 CX Amsterdam

Land: Nederland

Rekeningnummer/IBAN: NL59 INGB 0005 9144 06

Bank identificatie (BIC): INGBNL2A

Incassant ID: NL90 ZZZ4 1207 7920 000

Kenmerk machtiging: (Kenmerk wordt toegekend door stichting.)\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Stichting Patiëntenzorg AVL om ieder jaar een incasso-opdracht te sturen naar uw bank om onderstaand bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om ditzelfde bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Stichting Patiëntenzorg AVL.

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**.**

**GEGEVENS**

**Ja, ik steun Stichting Patiëntenzorg AVL door donateur te worden met een jaarlijkse bijdrage van:**

**€**  ………………..

**De heer / mevrouw
Voorletters en naam**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Land \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rekeningnummer/IBAN: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **Bank Identificatie (BIC): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (Dit veld is voor Nederlands IBAN verplicht tot 01-04-2014, voor IBAN buiten Nederland verplicht tot 01-04-2016.)**

**VERSTUUR**

**Plaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Controleer uw gegevens, bewaar een kopie, en stuur formulier ondertekend in gesloten envelop naar:**

**Stichting Patiëntenzorg AVL**

**Antwoordummer 46595
1060 WB Amsterdam Een postzegel is niet nodig.

EENMALIGE MACHTIGING SEPA INCASSO**

Naam organisatie: **Stichting Patiëntenzorg Antoni van Leeuwenhoek**
Adres gegevens: Plesmanlaan 121
Postcode en plaats: 1066 CX Amsterdam

Land: Nederland

Rekeningnummer/IBAN: NL59 INGB 0005 9144 06

Bank identificatie (BIC): INGBNL2A

Incassant ID: NL90 ZZZ4 1207 7920 000

Kenmerk machtiging: (Kenmerk wordt toegekend door stichting.)\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Stichting Patiëntenzorg AVL om een eenmalige incasso-opdracht te sturen naar uw bank om onderstaand bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om eenmalig ditzelfde bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Stichting Patiëntenzorg AVL.

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.

**GEGEVENS**

**Ja, ik steun Stichting Patiëntenzorg AVL met éénmalig een bedrag van: €** …………..

**De heer / mevrouw**

**Voorletters en naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Land \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Rekeningnummer/IBAN: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **Bank Identificatie (BIC): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (Dit veld is voor Nederlands IBAN verplicht tot 01-04-2014,**

 **voor IBAN buiten Nederland verplicht tot 01-04-2016)**

**VERSTUUR**

**Plaats en datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Controleer uw gegevens, bewaar een kopie, en stuur formulier ondertekend in gesloten envelop naar:**

**Stichting Patiëntenzorg AVL**

**Antwoordummer 46595**

**1060 WB Amsterdam Een postzegel is niet nodig.**