

# DOORLOPENDE AFSCHRIJVING (SEPA-MACHTIGING)

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming om doorlopende afschrijvingsopdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van facturen van BENU Apotheken B.V. van uw bankrekening af te schrijven.

## ONDERGETEKENDE

Naam	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Woonplaats	<input type="text"/>	Postcode	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>		
E-mailadres	<input type="text"/>		
Uw BENU apotheek	<input type="text"/>		

Van welke bankrekening wilt u laten afschrijven?

IBAN-nummer	<input type="text"/>
Op naam van	<input type="text"/>

Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na de afschrijving van het bedrag contact op met uw bank. Informeer bij uw bank naar de voorwaarden.

Getekend te	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>

U kunt het getekende machtigingsformulier inleveren bij uw apotheek of opsturen naar:  
BENU Apotheken B.V., t.a.v. afd. Billing, antwoordnummer 75, 3600 VB Maarssen.  
Of verstuur het formulier via e-mail naar: [apotheekadministratie@benuapotheek.nl](mailto:apotheekadministratie@benuapotheek.nl)

### ONZE GEGEVENS

Naam	BENU Apotheken B.V.
Adres	Postbus 75, 3600 AB Maarssen
IBAN	NL92 INGB 0650 0483 26
Incassant-ID	NL56ZZZ301662530000
Kenmerk machtiging	Uw factuurnummer