

# Doorlopende Machtiging SEPA

Naam: **Rivas Zorggroep**  
Adres: **Postbus 90**  
Postcode: **4200 AB** Woonplaats **GORINCHEM**  
Incassant ID: **NL16ZZZ110440440000**

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Rivas Zorggroep om doorlopende incasso-opdrachten naar uw bank te sturen om een bedrag van uw rekening af te schrijven. Daarnaast geeft u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Rivas Zorggroep.

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 cliënt;                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Naam en voorletters:                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw.                                                                                                                    |  |
| Adres:                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Postcode:                                                                                                                      |  | Woonplaats:                                                                                                                                                                   |  |
| Telefoonnummer:                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Geboortedatum:                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Bankgegevens;                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Wilt u ons machtigen om de facturen automatisch te laten incasseren:                                                           |  | <input type="checkbox"/> Ja (vul hieronder de benodigde bankgegevens voor incasso in)<br><input type="checkbox"/> Nee (Ik maak het geld zelf over aan de hand van de factuur) |  |
| IBAN (Giro-/bankrekening):                                                                                                     |  | BIC*:                                                                                                                                                                         |  |
| Naam rekeninghouder:                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Gegevens financieel contactpersoon; (Indien u wenst dat facturen naar een afwijkend adres gestuurd worden, vult u dat hier in) |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Wenst de contactpersoon de factuur te ontvangen:                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee                                                                                                                      |  |
| Naam en voorletters:                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw.                                                                                                                    |  |
| Relatie tot cliënt:                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Adres:                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Postcode:                                                                                                                      |  | Woonplaats:                                                                                                                                                                   |  |
| Telefoonnummer:                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Ontvangst Factuur:                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Wenst u de factuur digitaal te ontvangen?                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Ja (vul het E-mailadres hier onder in)<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                               |  |
| E-mailadres:                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                               |  |
| Plaats en Datum:                                                                                                               |  | Handtekening:                                                                                                                                                                 |  |

Graag deze machtiging volledig invullen en sturen naar:  
Rivas Zorggroep  
t.a.v. Debiteurenadministratie MC1  
Antwoordnummer 202  
4200 VB GORINCHEM  
(postzegel is niet nodig)

| In te vullen door Rivas Zorggroep |  |                               |  |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Debiteurnummer:                   |  | Kenmerk machtiging:           |  |
| Transactiesoort:                  |  | Verwerkt door Debiteurenadm.: |  |

\* geen verplicht veld bij Nederlands IBAN