

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: ☐Dhr. ☐Mw. _____

Geboortedatum: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Bankgegevens

Wilt u ons machtigen om de facturen automatisch te laten incasseren:

- ☐ Ja (vul hieronder de benodigde bankgegevens voor incasso in)
☐ Nee (Ik maak het geld zelf over aan de hand van de factuur)

IBAN: _____

Gegevens financieel contactpersoon; (Indien u wenst dat facturen naar een afwijkend adres gestuurd worden, vult u dat hier in)

Wij willen u vriendelijk verzoeken de gegevens van 1 contactpersoon in te vullen.
De contactpersoon kunnen wij indien nodig benaderen bij calamiteiten of administratieve vragen.

Naam en voorletters: ☐Dhr. ☐Mw. _____

Relatie tot cliënt: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Ontvangst factuur

Wenst u de factuur digitaal te ontvangen; ☐Ja ☐Nee

E-mailadres: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Graag deze machtiging volledig invullen en mailen naar debiteurenadministratie@rivas.nl of per post sturen naar:

Rivas Zorggroep
t.a.v. Debiteurenadministratie
Antwoordnummer 202
4200 VB GORINCHEM
(postzegel is niet nodig)

In te vullen door Rivas Zorggroep

Debiteurnr/Hixnr: