



Vult u a.u.b. alle met * gemarkeerde velden in en stuur dit terug naar Zorgpunt in Bierbeek

Mandaatreferte * – in te vullen door de schuldeiser (max. 35 karakters)

RIJKSREGISTERNUMMER OF NAAM PATIENT

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming aan Zorgpunt een opdracht te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren en (B) uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren overeenkomstig de opdracht van Zorgpunt.

U kunt een Europese domiciliëring laten terugbetalen. Vraag uw eigen bank naar de voorwaarden. Een verzoek tot terugbetaling moet binnen de 8 weken na de datum van debitering van het bedrag van uw rekening worden ingediend.

Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

rekeninghouder(s)

naam patient * (max.70 karakters)

straat en huisnummer*

postcode*

plaats*

land*

rekeningnr patient*

IBAN

BIC

schuldeiser

Zorgpunt cvba Dorpsstraat 29 3360 Bierbeek België

ondernemingsnummer : 0537194314

schuldeisersidentificatie* (max. 35 karakters)

BE34ZZZ0537194314

type betaling*

terugkerende invordering

~~eenmalige invordering~~

plaats*	handtekening(en)*
datum van ondertekening* -- - - - -	