

Autogiroanmälan

medgivande för Svea Bank AB/Aptekstjänst i Sverige AB

Betalningsmottagare Svea Bank AB	Kundnummer	
169 81 SOLNA	Namn	
Orgnr 556158-7634	Adress *	
Bankgironr 152-1806	Postadress	
	Kundens personnummer (lämnas tomt om kund och kontoinnehavare är densamma)	
	Kontoinnehavarens personnummer	
Bank	Clearingnummer	Bankkontonummer

Jag har tagit del av nedan text och godkänner villkoren för Autogiro

Ort, Datum	Underskrift av kontoinnehavare
------------	--------------------------------

God man

Medgivande till betalning via Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro. Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Skicka blanketten portofritt i ett kuvert till:

Svea Bank AB
Svarspost
Kundnummer 170066200
169 20 SOLNA

* Här kan avvikande fakturaadress anges
Om fakturaadressen är densamma som ovan
lämnas dessa fält tomt.

Namn c/o
Adress
Postadress