



MEDISCHE FACTUUR

Factuur van

Naam: _____
 Bedrijfsnaam: _____ Adres: _____
 _____ Plaats, ST Postcode: _____
 _____ Telefoon: _____

Rekening naar

Naam: _____
 Bedrijfsnaam: _____ Adres: _____
 _____ Plaats, ST Postcode: _____
 _____ Telefoon: _____

Factuur nr. _____

Factuur datum: _____

Deadline: _____

Medische diensten uitgevoerd	Medicatie	Geduldig	Tarief (\$)	Totaal (\$)
				Subtotaal
				Btw
				Ander
				Totaal

Voorwaarden

Bedankt voor uw zaken. Stuur de betaling binnen _____ dagen na ontvangst van deze factuur. Er wordt een _____% per _____ berekend op te late facturen.

Kies een betalingstype



Kredietkaart

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Ontdekken ☐ American Express

Naam kaarthouder _____
Rekening-/CC-nummer _____
Vervaldatum ____ / ____
CVV ____
Postcode _____

Ik machtig bovengenoemd bedrijf/persoon om het bedrag af te schrijven van de creditcard die in dit machtigingsformulier is aangegeven, volgens de hierboven beschreven voorwaarden. Deze betalingsautorisatie geldt uitsluitend voor de hierboven beschreven goederen/diensten, voor het hierboven aangegeven bedrag, en is slechts geldig voor eenmalig gebruik. Ik verklaar dat ik een geautoriseerde gebruiker van deze creditcard ben en dat ik de betaling niet zal betwisten bij mijn creditcardmaatschappij; zolang de transactie overeenkomt met de voorwaarden aangegeven in dit formulier.

HANDTEKENING _____ DATUM _____
(naam pashouder)



Bankoverschrijving

Naam op bankrekening: _____ Adres: _____
Banknaam: _____
Rekeningnummer: _____
Routingnummer: _____
Rekeningtype: _____



E-mail: _____

