

DOORLOPENDE MACHTIGING SEPA

Naam incassant	Bonnes verzekeringen	Adres	Potskampstraat 1-5
Postcode	7573 CB	Plaats	Oldenzaal
Land	Nederland	Incassant ID	NL74ZZZ759079250000
Kenmerk	<input type="text"/>		

MACHTIGING

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

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

ONDERTEKENING

Naam	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>