

# Mandaat SEPA Europese domiciliëring



vereniging van huisartsen

Vult u a.u.b. alle met \* gemarkeerde velden in.

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

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming aan (A) Domus Medica vzw 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 Domus Medica vzw.

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)

uw naam\* (max. 70 karakters)

straat en huisnummer\*

postcode\*

plaats\*

land\*

uw rekening\*

IBAN

BIC

## schuldeiser

naam schuldeiser\* (max. 70 karakters)

Domus Medica vzw

schuldeisersidentificatie\* (max. 35 karakters)

BE17ZZZ725D000469

straat en huisnummer\*

Lange Leemstraat 187

postcode\*

plaats\*

2018

Antwerpen

land\*

België

## type betaling\*

terugkerende invordering

eenmalige invordering

Identificatienummer van het onderliggende contract/omschrijving van het contract \*

Lidgeld Domus Medica

plaats\*

**handtekening(en)\***

datum van ondertekening\*