

Formulier Machtiging Automatische Incasso
(ook voor wijziging rekeningnummer)

SEPA

Stuurt u dit formulier volledig ingevuld en ondertekend naar:

Gegevens incassant

Incassantidentificatie NL29151140479140000
Kenmerk
Naam Stichting Pensioenfonds Openbare Apothekers
Adres Postbus 35
Postcode/plaats 2650 AA Berkel en Rodenrijs

Gegevens deelnemer aan het pensioenfonds

Naam _____
Straat en huisnummer _____
Postcode en woonplaats _____
Geboortedatum _____
Deelnemersnummer _____

Door ondertekening van dit formulier mag:

- Stichting Pensioenfonds Openbare Apothekers uw bank vragen een bedrag van uw rekening af te schrijven.
- uw bank deze bedragen van uw rekening afschrijven.

Bent u het niet eens met een betaling? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Vraagt u dit binnen 8 weken aan uw bank. Uw bank kan voorwaarden stellen.

De machtiging geldt vanaf de eerst volgende nota (na ontvangst) tot wederopzegging. Intrekken of wijzigen van de machtiging kan alleen schriftelijk plaatsvinden.

Als het rekeningnummer waar de premie vanaf mag worden geschreven van de werkgever is, dient de werkgever het formulier te ondertekenen. Indien u de pensioenpremie voor u zelf betaald dan hoeven de gegevens aangegeven met een * niet ingevuld te worden.

Gegevens rekeninghouder

Voorletters* _____ Tussenvoegsel* _____ Achternaam* _____

Straat en huisnummer* _____

Postcode en woonplaats* _____

Rekeningnummer (IBAN)

N	L																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(NB: automatische incasso is alleen mogelijk van Nederlandse rekeningnummers.)

Ondertekening rekeninghouder

Plaats en datum,

Handtekening,
