

MACHTIGINGSFORMULIER AUTOMATISCHE INCASSO

SEPA

Ondergetekende,

De heer/mevrouw

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Email

Machtigt hierbij

PHned, A NETWORK OF WORKERS IN PUBLIC HEALTH,

om jaarlijks een bedrag van € 40,-, dat verschuldigd is vanwege lidmaatschap PHned, af te schrijven van zijn/haar bankrekeningnummer:

IBAN

BIC

Plaats en datum

Handtekening

.....

.....

Ik weet dat het bedrag van €40,- mogelijk in de loop der jaren kan wijzigen maar alleen:

- Na goedkeuring door de Algemene Ledenvergadering van PHned zoals statutair is vastgesteld.
- Als ik minimaal 1 maand voorafgaand aan de automatische incasso op de hoogte gebracht ben van het innen van de contributie en ik het recht heb mijn lidmaatschap dan per ommekeer te beëindigen zonder kosten.

Mocht ik het niet eens zijn met een incasso, dan heb ik de bevoegdheid om het bedrag binnen 30 dagen na afschrijving – zonder opgaaf van redenen – bij mijn bank terug te vorderen.

Graag dit formulier invullen, ondertekenen en retourneren aan:

Penningmeester PHned

Ferdinand Huyckstraat 1

4906 HE Oosterhout (NB)

info@phned.nl

Rekening NL17INGB 0007460372

BEWAAR EEN KOPIE VAN DEZE MACHTIGING ZORGVULDIG IN UW EIGEN
ADMINISTRATIE!

Voor wijzigingen of stopzetten gaarne contact opnemen met de penningmeester van
PHned, zie www.PHned.nl.