



## MACHTIGINGSFORMULIER

**Ondergetekende:**

Tandartspraktijk.....

t.a.v.:.....

Straat:..... Huisnummer:.....

Postcode:.....Woonplaats:.....

Bank- of girorekening:.....

Naam rekeninghouder:.....

Plaats: .....

Verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan FHSdental.nl om facturen automatisch te incasseren van het hierboven ingevulde bank- of girorekening.

Graag dit formulier volledig ingevuld, mét handtekening, retour sturen naar:

FHSdental.nl  
Postbus 8226  
3009 AE Rotterdam

Handtekening:

Plaats en datum

.....

.....