# Formulier Machtiging Automatische Incasso SEPA

Stuurt u dit formulier volledig ingevuld en ondertekend naar:

**Gegevens incassant**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Incassantidentificatie | NL71ZZZ410956010000 | Kenmerk | 1SYSYNTRUS |
| Naam | Stichting Pensioenfonds voor Verloskundigen | | |
| Adres | Postbus 90170 | | |
| Postcode/plaats | 5000 LM Tilburg | | |

**Gegevens deelnemer aan het pensioenfonds**

Naam _____

Straat en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

Geboortedatum _____

Deelnemersnummer _____

Door ondertekening van dit formulier mag:

- de Stichting Pensioenfonds voor Verloskundigen 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 betaalt 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 voor ons alleen mogelijk van Nederlandse rekeningnummers.)

**Ondertekening rekeninghouder**

Plaats en datum, Handtekening,

_____ _____