stichting
pensioenfonds voor verloskundigen

Formulier Machtiging Automatische Incasso SEPA

(ook voor wijziging rekeningnummer)

Stuurt u dit formulier volledig ingevuld en ondertekend naar:

Gegevens incassant

Incassantidentificatie	NL71ZZZ410956010000
Kenmerk	1SYSYNTRUS
Naam	Stichting Pensioenfonds voor Verloskundigen
Adres	Antwoordnummer 70002
Postcode/plaats	5000 WV Tilburg

Gegevens deelnemer aan het pensioenfonds

Naam	_____
Straat en huisnummer	_____
Postcode en woonplaats	_____
Geboortedatum	_____
Deelnemersnummer	80020._____

Door ondertekening van dit formulier mag:

- 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 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,

_____ _____