

Naam patiënt : .....  
geboortedatum : .....  
BSN (sofinummer) : ..... (te vinden in zorgpas, paspoort, I D kaart, enz.)

- elektronische declaratie : ja/nee (uw keuze omcirkelen)
- emailadres : .....
- emailadres ouder(s) : .....

*Wilt u dit formulier geheel invullen en zo spoedig mogelijk terugsturen of afgeven aan Maria*

### **Machtiging** tot automatische afschrijving van bank- of girorekening

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan **Orthodontiepraktijk V.M. Bakker, Schippersgracht 20, Maarsse** om van zijn/haar hierondergenoemde (post)bankrekening bedragen tot een maximum van € 300.- per maand af te schrijven wegens **behandelkosten orthodontie**.

Giro- of Bankrekening: .....  
Naam en voorletters: .....  
Adres: .....  
Postcode en woonplaats: ..... .....

Declaraties worden over het algemeen verstuurd in de eerste week van de maand die volgt op de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Het verschuldigde bedrag wordt omstreeks de 15<sup>e</sup> van de maand afgeschreven.

Als u het niet eens bent met een afschrijving, heeft u 30 dagen de tijd om uw bank opdracht te geven om het bedrag terug te boeken.

U kunt deze machtiging intrekken door schriftelijk op te zeggen bij Orthodontiepraktijk V.M. Bakker.

Ondergetekende gaat akkoord met de bovenvermelde regels.

Datum: ..... Plaats: ..... Handtekening: