



Betalingsvolmacht

Periodieke gift in geld

Gegevens schenker

Naam

Voornamen (voluit)

Geboortedatum

Geboorteplaats

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Email adres

Telefoonnummer

Gegevens betaling

Ik betaal per automatische incasso. Ik machtig hierbij

Naam instelling of vereniging

Stichting Ouderenzorg Moldavië (SOM)

Adres

Lodewijk van Deyssehof 23

Postcode en plaats

4103 WK

Culemborg

Land

Nederland

Incassant ID

NL90zzz272515290000

Kenmerk van de machtiging

(in te vullen door SOM)

om (bedrag in cijfers)

€

(bedrag in letters)

euro

met ingang van

af te schrijven van mijn rekening (IBAN rekeningnummer)

in de volgende termijnen

per maand
 per kwartaal
 per halfjaar

jaar
 anders, namelijk

Ondertekening

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan de hiervoor genoemde instelling of vereniging om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van de hiervoor genoemde instelling of vereniging. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Plaats

Datum

 - - Handtekening
schenker

U kunt dit formulier mailen aan: ouderenzorgmoldavie@gmail.com

of

Sturen naar: Secretaris Stichting Ouderenzorg Moldavië
Goudesteijn 19
3401 SM IJSSELSTEIN

Hartelijk Dank!