

 Vult u a.u.b. alle velden in met * gemarkeerde onderdelen in.

MANDAATREFERTE * – *gelieve uw klantnummer hier in te vullen*

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming aan **CompuGroup Medical Belgium** om (A) een opdracht te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren en (B) uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren overeenkomstig de opdracht van CompuGroup Medical Belgium BV. Dit mandaat is uitsluitend bedoeld voor betalingen tussen bedrijven. U hebt geen recht op terugbetaling nadat uw rekening is gedebiteerd, maar u hebt tot de vervaldag het recht om uw bank te verzoeken uw rekening niet te debiteren. Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

REKENINGHOUDER(S) *

Uw naam (*max.70 karakters*)

Straat en huisnummer/bus

Postcode

Plaats

Land

Uw rekening

IBAN

BIC

SCHULDEISER

Naam schuldeiser: **CompuGroup Medical Belgium BV**

Schuldeisersidentificatie: **CompuGroup Medical Belgium BV**

Straat en huisnummer : **Brusselsesteenweg 283 / 10**

Postcode: **9230**

Plaats : **Wetteren**

Land : **België**

TYPE BETALING *

terugkerende invordering

Identificatienummer van het onderliggende contract/omschrijving van het contract

Plaats

HANDTEKENING(EN) *

Datum van ondertekening