Machtingsformulier

Naam: Healthcare Christian Fellowship (HCF) Nederland
Adres: Postbus 68 **Woonplaats:** Voorthuizen
Postcode: 3780 BB **Incassant ID:** NL09ZZZ410278250000
Kenmerk machtiging: *in te vullen door HCF*

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan HCF Nederland doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven wegens het doen van een gift en uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van HCF Nederland.
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.

Bedrag: € ..... **Per:** maand / kwartaal / halfjaar / jaar

Naam: .....

Adres: .....

Postcode: ..... **Woonplaats:** .....

Land: .....

Rekeningnummer (IBAN): ..... **Bank Identificatie (BIC)*:** .....

Plaats en datum: ..... **Handtekening:**

** Geen verplicht veld bij NL IBAN*