

SEPA M A C H T I G I N G S K A A R T

JA, ik geef mijn steun voor de behandeling & preventie van kanker.

Daarom machtig ik hierbij tot wederopzegging stichting Kankerbehandeling & -preventie om een bedrag van:

- € 5,- per maand
 € 12,50 per kwartaal
 € _____ per jaar

af te schrijven van IBAN nummer

Datum - -

Plaats

Handtekening _____



**K A N K E R
BEHANDELING
& PREVENTIE**

Assendelftstraat 32
2512 VW 's-Gravenhage
Tel 070 - 307 29 15

info@kankerbehandelingenpreventie.nl

www.kankerbehandelingenpreventie.nl

IBAN nummer NL95INGB0008021956
Incassant ID NL03ZZZ011567630000

correcties / aanvullingen

Naam _____ M / V

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Geb. datum _____

Telefoon _____

E-mail _____

N.B. U heeft het recht een op basis van de machtiging verleende boeking binnen 56 dagen na afschrijving terug te laten storten. U kunt uw machtiging te allen tijde intrekken zonder opgaaf van redenen. Ondergetekende verklaart zich akkoord met de algemeen geldende bepalingen betreffende machtigingen.

Postzegel niet nodig



Stichting kankerbehandeling & -preventie

Antwoordnummer 24572

2490 VB 's-Gravenhage

