

**Doorlopende machtiging SĒPA 275 Psf 09.01.02.02**

**Gegevens opdrachtgever**

Werkgevernummer :  
Bedrijfsnaam :  
Contactpersoon :  
Adres :  
Postcode :  
Plaats :  
Land :  
Telefoonnummer :  
IBAN :  
Bank Identificatie (BIC) :

**Gegevens incassant**

Naam : AZL N.V.  
Adres : Postbus 4471  
Postcode : 6401 CZ  
Plaats : Heerlen  
Land : Nederland  
Incassant ID : NL29275140479140000  
Kenmerk machtiging : (werkgevernummer/factuurnummer/periode vanaf)  
Reden betaling : (pensioen)premie

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan AZL N.V. om, namens Stichting Sociaal Fonds Levensmiddelenbedrijf, 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 AZL N.V.

Als u het niet eens bent met een afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

**Ondertekening opdrachtgever**

Plaats : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_ Handtekening : \_\_\_\_\_

