

Machtiging t.b.v. betaling van de KNMT Praktijkmodule

Praktijkgegevens

Naam praktijk:

Praktijkhouder(s):

Straat + huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Land:

Factuurgegevens t.b.v. incasseren KNMT Praktijkmodule

Rekeningnummer:

Op naam van:

Woonplaats:

Ik verleen doorlopend volmacht aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), gevestigd te Utrecht om de verschuldigde contributie voor de KNMT Praktijkmodule van bovenvermelde rekening jaarlijks in januari af te schrijven.

Datum _____

Handtekening _____

- *Stuur het ingevulde en ondertekende formulier retour aan administratie@knmt.nl. Opsturen per post kan ook: KNMT, t.a.v. afdeling Administratie, postbus 4141, 3502 HC Utrecht.*