Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
www.vnz.be

Hoogstratenplein 1 – 2800 Mechelen
Antwerpsestraat 145 – 2500 Lier

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

E-post: ledenbeheer@vnz.be
Telefoon: 015 – 36 90 40

WIJZIGING VAN REKENINGNUMMER

In te vullen door het lid

Ondergetekende deelt hierbij volgend nieuw rekeningnummer mee: |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|

❑ éénmalige wijziging: enkel voor deze betaling

❑ definitieve wijziging: dit rekeningnummer zal voortaan voor ALLE betalingen door het ziekenfonds gebruikt worden, uitgezonderd voor het voorhuwelijkssparen en voor de zorgverzekering.

Deze wijziging geldt voor:

❑ ondergetekend lid

❑ ondergetekend lid én de partner.

Naam: |_____|

❑ Ondergetekend lid én volgende gezinsleden:

Naam: |_____|

Naam: |_____|

Naam: |_____|

Naam: |_____|

Naam: |_____|

Naam: |_____|

Betaalt u met domiciliëring?

❑ Het bestaande domiciliëringsnummer blijft behouden

❑ Het domiciliëringsnummer wijzigt (zie bijlage)

Datum: |_|_|_|_|2|0|_|_|

Handtekening lid:

Gelieve een klever van het ziekenfonds aan te brengen.

Indien de wijziging van toepassing is voor het ganse gezin, dient ook de partner te ondertekenen.

Datum: |_|_|_|_|2|0|_|_|

Handtekening partner:

Gelieve een klever van het ziekenfonds aan te brengen.

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
www.vnz.be

Hoogstratenplein 1 – 2800 Mechelen
Antwerpsestraat 145 – 2500 Lier

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

E-post: ledenbeheer@vnz.be
Telefoon: 015 – 28 90 40

OPDRACHT TOT DOMICILIERING VAN BETALINGEN

Ondergetekende, *(rekeninghouder die de facturen betaalt)*

Naam en voornaam:

Adres:

Rekeningnummer: - -

verzoekt de firma:

Naam en voornaam: **VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS**

Adres: **HOOGSTRATENPLEIN 1**

2800 MECHELEN

Identificatienummer: 0 0 0 0 0 0 0 7 7 2 0

om vanaf heden en tot uitdrukkelijke herroeping van deze opdracht, alle facturen met referte of abonneenummer

op naam van: *(enkel invullen indien de schuldenaar van de facturen een andere persoon is dan diegene die de facturen betaalt)*

Naam en voornaam:

Adres:

Te incasseren door debitering van bovenvermelde rekening.

Datum: 2 0

Handtekening rekeninghouder:

Plaats:

Gelieve een klever van het ziekenfonds aan te brengen.