

Autogiroanmälan, medgivande

Kund

Namn *
Fullständig adress
Personnummer (10 siffror)*

Betalare

Kontoinnehavarens bank*
Konto (clearingnummer + kontonummer)*
Personnummer (om betalaren inte är den samma som kunden)

Betalningsmottagare

Region Norrbotten Administrativt Stöd och Utveckling Box 511 961 28 Boden
Organisationsnummer 232100-0230

Autogiroanmälan avser:

Frisktvårdsavtal Vårdfakturor och övriga fakturor

Jag har tagit del av och godkänner villkoren för autogiro
Anmälan måste skrivas under av kontoinnehavaren

Ort och datum*
Underskrift*

*Alla fält med stjärna är obligatoriska

Medgivande till betalning via autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalningar får göras genom uttag från angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via autogiro.

Villkor för autogiro

Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvarig för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör.

Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Blanketten skrivs ut, signeras och skickas till: Region Norrbotten, Patientkontoret, Autogiro, Box 511, 961 28 Boden