



SAAMBORGH

FORMULIER BASISDIENSTEN – EN AANVULLENDE DIENSTEN - VPT

't Brewinc Hof

## Formulier basisdiensten -en aanvullende diensten - VPT

*'t Brewinc Hof*

Voor een toelichting op onderstaande diensten verwijzen wij u naar de brochure "Zelfstandig wonen met zorg op basis van VPT".

<b>Client:</b>	
<b>Adres:</b>	

En:

<b>Zorgaanbieder:</b>	<b>Saamborgh Zorg</b>
<b>Vertegenwoordigd door:</b>	

Client zal van de volgende basis -en aanvullende diensten gebruik maken:

	Onderwerp	Bedrag per maand	Totaal
<input checked="" type="radio"/> (=verplicht)	Meerkosten eten en drinken (=verplicht)	€ 237,-	€ 237,-
<input type="radio"/> (optioneel)	Wekelijks wassen en strijken kleding van bewoner op uw eigen appartement – max. 2 uur per week	€ 330,-	
<input type="radio"/> (optioneel)	Vrijwillige bijdrage welzijnsactiviteiten	€ 50,-	
<input type="radio"/> (optioneel)	Extra schoonmaak – 1 uur per week	€ 165,-	
<b>Totaal per maand</b>	Bedragen zijn inclusief btw (indien van toepassing)		
<b>Datum/plaats:</b>		<b>Datum/plaats:</b>	
<b>Handtekening client of dienst vertegenwoordiger</b>		Handtekening vertegenwoordiger Saamborgh	

Europese incasso machtiging  _____*  Nummer machtiging	ABC-Zorgcomfort Wonen met Zorg BV  handelend onder de naam:  
<p>Door ondertekening van dit machtigingsformulier, geeft u toestemming aan ABC Zorgcomfort Wonen met Zorg B.V. een opdracht in te sturen aan uw bank om uw rekening te debiteren en aan (B) uw bank uw rekening te debiteren conform de opdracht van ABC Zorgcomfort Wonen met Zorg B.V. U heeft onder meer het recht op terugboeking door uw bank conform de met uw bank overeengekomen voorwaarden. Een verzoek tot terugboeking moet ingediend worden binnen 8 weken vanaf de datum waarop uw rekening werd gedebiteerd. Tevens geeft u toestemming aan ABC Zorgcomfort Wonen met Zorg B.V. om facturen digitaal te versturen.</p>	
Uw naam	
Uw adres	
Uw postcode en woonplaats	
Uw e-mail of contactpersoon	
Uw contactpersoon facturatie (indien van toepassing)	
Uw rekeningnummer	NL .....   .....   .....   .....  .....
	Rekeningnummer – IBAN
	.....
	Bank (Naam) (SWIFT BIC)

Naam van crediteur	ABC Zorgcomfort Wonen met Zorg B.V.
Incassant ID	
Creditor reference party	Saamborgh
Adres	Tjalmastraat 5
Postcode	7001 EX Doetinchem
Land	Nederland
Omschrijving van contract	Identificatienummer van het onderliggende contract: Basisdiensten -en aanvullende diensten
Type betalingen	<input checked="" type="checkbox"/> Terugkerende betaling of <input type="checkbox"/> Eenmalige betaling
Plaats en datum van ondertekening	
Handtekening(en)	

Gelieve het formulier terug te sturen naar:	<a href="mailto:zorgadministratie@saamborgh.nl">zorgadministratie@saamborgh.nl</a> ; (of afgeven aan uw locatiecoördinator)
Of per post:	ABC Zorgcomfort Wonen met Zorg B.V., Tjalmastraat 5, 7001 EX Doetinchem