

**Creditkaartbetaling aan :  
Credit Card Charge Form to :  
Formulaire pour paiement par  
carte de crédit pour :**



Spelonckvaart 46  
B-9180 Moerbeke-Waas  
tel. 0032-93 46 76 18  
fax 0032-93 46 71 99  
mail : [info@bosdreef.be](mailto:info@bosdreef.be)  
URL : [www.bosdreef.be](http://www.bosdreef.be)  
BTW : BE 444 446 476  
Bank België : IBAN : BE71 7374 2009 9969  
BIC : KREDBEBB  
Bank Nederland : ING 68.53.76.710

Afzender ( Sender, Envoyeur) : .....

Straat (Street, Rue)/Nr. : .....

Gemeente ( Residence, Ville) : .....

Land (country, pays) : .....

Gelieve mijn creditcard te debiteren / Please charge my credit card account  
Veuillez débiter ma carte de crédit

Nr.

VISA  MasterCard  EuroCard

Naam/nom/name : .....

Exp. date : .....

Rekeningnr.	Rekeningdatum	Bedrag (euro)	Handtekening
Invoice number	Date of invoice	Amount (euro)	Signature
Numéro de fact.	Date de facture	Montant (euro)	Signature

--	--	--	--

Door ondertekening geeft de kaarthouder de toestemming tot betaling van alle kosten en erelonen voor onderzoek en/of behandeling van de patiënt gerelateerd aan het hogervermelde rekeningnr.

By placing their signature, the cardholder agrees to paying all costs relating to the examination and treatment of the patient referred to, in the account number above.