

Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni
SEPA CORE DIRECT DEBIT



Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Sondrio
Via Trento, 68
23100 Sondrio SO

RIFERIMENTO MANDATO*:

DATI INTESTATARIO DEL CONTO (Debitore)

Cognome e Nome/Ragione Sociale Debitore*:

Indirizzo*:

N°:

CAP

Località:

Provincia:

Paese:

IBAN conto corrente*:

Presso il PSP (Banca):

Codice SWIFT (BIC):

Cod. Fiscale / Partita IVA del Debitore*:

RECAPITI Telefono:

Mobile:

Fax:

Posta elettronica:

DATI DEL CREDITORE

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Creditore*:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sondrio

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*:

IT 86 001 0000080003830140

Sede Legale:

Via Trento

N°:

68

Cap:

23100

Località:

Sondrio

Provincia:

So

Paese:

Italia

Il sottoscritto, intestatario del Conto Corrente sopra indicato, autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato* :

addebiti in via continuativa

un singolo addebito

- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dall'intestatario del Conto Corrente con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto

DATI DEL DEBITORE (compilare obbligatoriamente se Intestatario del Conto e Debitore non coincidono)

Cognome e Nome:

Codice Fiscale:

Luogo

Data*

Firma Intestatario Conto Corrente Bancario *

N.B. : I diritti del Debitore riguardanti la presente autorizzazione sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP. Le informazioni con * sono obbligatorie.

Mod. Autorizzazione addebito disposizioni SDD (Edizione 08/01/2014) BPS - Uff.Enti