

Autorizzazione addebito

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

Riferimento mandato

Dati intestatario del conto (Debitore)

Cognome e nome
Ragione sociale
Indirizzo
Nr. civico
CAP
Località
Provincia
Paese
IBAN
Codice fiscale / Partita IVA

Dati debitore (obbligatori se non coincidono con Dati intestatario del conto)

Cognome e nome
Codice fiscale

Dati del creditore

Ragione sociale *ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI*
IBAN *IT81ZZZ0000080009240211*
Sede legale *VIA A. VOLTA 3/o - 39100 BOLZANO (BZ)*

Riepilogo

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

- il creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa
- 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

accetto

luogo

Data