

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



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI IMPERIA**

Via Felice Cascione 7 - 18100 IMPERIA
Tel. 018361925 - email: segreteria@omceoim.it

RIFERIMENTO MANDATO*: B4WN6 -

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 Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Imperia

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*:

IT 69 ZZZ 000080002610089

Sede Legale:

Via Felice Cascione

N°:

7

Cap:

18100

Località:

IMPERIA

Provincia:

IM

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