

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

Riferimento mandato:

V	5	6	6	6	4																	
Codice fiscale iscritto																						



**INDICARE LA CASISTICA:**

<input type="checkbox"/>	NUOVA DELEGA
<input type="checkbox"/>	MODIFICA DELEGA GIA' ESISTENTE

Cognome e Nome del Medico richiedente (Debitore) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

**I T** \_\_\_\_\_

*(Il sottoscrittore deve essere intestatario o cointestatario del c/c)*

Ragione Sociale del Creditore:	Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze		
Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier):	IT 7 4 0 0 1 0 0 0 0 8 0 0 2 9 9 9 0 4 8 0		
Sede Legale:	Via Giulio Cesare Vanini	N°:	15
CAP:	50129	Località:	Firenze
Provincia:	FI	Paese:	Italia

Il sottoscritto Debitore 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 dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca 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.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo / Data

\_\_\_\_\_  
Firma del Debitore

<small>Autorizzo l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196</small>	
_____ / _____ Luogo / Data	_____ Firma del Debitore

**N.B.:** I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

\*\*\*\*\*

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze Via Giulio Casare Vanini n. 15 - 50129 Firenze, fax n. 055/48.10.45, email <a href="mailto:protocollo@omceofi.it">protocollo@omceofi.it</a> allegando copia di documento di riconoscimento	RISERVATO AL CREDITORE:
---	-------------------------