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

Riferimento mandato:

V	5	6	6	6	4														

Codice fiscale iscritto

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
Tel. 055 496.522 - Fax 055 481.045

INDICARE LA CASISTICA:

	NUOVA DELEGA
	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*):	IT74001000008002999 0480		
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
  - [X] 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

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

_____, _____
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:	RISERVATO AL CREDITORE:
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze **Via Giulio Casare Vanini n. 15 - 50129 Firenze,** **fax n. 055/48.10.45, email amministrazione@ordine-medici-firenze.it** **allegando copia di documento di riconoscimento**	