



(Contenuti conf rmi al Doc. EPC.175-08-it V.03 del 28 Aprile 2009)

SEPA DIRECT DEBIT Core – MANDATO Rif:

Tipo di pagamento: Ricorrente
 Singolo

La sottoscrizione del presente mandato autorizza L'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di AREZZO a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto, ed allo stesso tempo autorizza la Sua banca a procedere con tale addebito, conformemente alle disposizioni impartite dall'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di AREZZO. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Dati del Debitore	
Cognome e Nome	
CF	
Indirizzo	
IBAN addebito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SWIFT banca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Soggetto terzo per conto di cui viene eseguito il pagamento: <i>Compilare solo se paga per conto di un'altra persona</i>	

Dati del Creditore	
Nome	ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO
CF	80000630519
Indirizzo	VIALE GIOTTO 134 - 52100 AREZZO (AREZZO)
Recapiti	0575/22724 chirurgi@omceoar.it - segreteria.ar@pec.omceo.it
CID (codice identificativo)	

Luogo e data di sottoscrizione

Firma del debitore

Il modulo compilato deve essere restituito all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di AREZZO