ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

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

Riferimento mandato:

DEBITORE

Cognome e Nome:

Codice fiscale :

Indirizzo:

INDICARE LA CASISTICA:

	NUOVA DELEGA
	MODIFICA DELEGA GIA' ESISTENTE

(N.B.: Indicare eventuali variazioni dei dati indicati nel campo "Note")

CAMPI DA COMPILARE A CURA DEL SOTTOSCRITTORE DEL MANDATO

Mail	Cellulare

Iban *(Il debitore e l'intestatario o cointestatario del conto devono coincidere)*

I	T																									

CREDITORE

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA - Via Brigata Casale, 19/B - 34170 Gorizia

e per esso la mandataria della gestione delle quote associative giusta convenzione.

Ragione sociale: **ITALRISCOSSIONI Srl con socio unico**
Codice Identificativo: **IT89002000000092371001**
Sede: **VIA SABATINO GIANNI 123 - 00156 ROMA - RM - ITALIA**

Il sottoscritto intestatario del conto corrente sopra indicato autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
  [X] 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 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.

Allegata fotocopia documento di identità.

_____, _____ _____
Luogo *Data* *Firma dell'intestatario del conto corrente*

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

Autorizzo Italriscossioni S.r.l. al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196

_____, _____ _____
Luogo *Data* *Firma dell'intestatario del conto corrente*

Note:

Restituire il modulo debitamente compilato, allegando copia di un documento di riconoscimento, a:
Italriscossioni srl
Via Sabatino Gianni 123 - 00156 Roma
tramite:
MAIL: **sddomceogo@italriscossioni.it** FAX: **06/56561485**

RISERVATO AL CREDITORE:

LTI01PFF_B51E623V_0001-000001-1-2-2/2-0