ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA CORE

RIFERIMENTO MANDATO _____

SEZIONE DEBITORE / TITOLARE CONTO CORRENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale del Debitore*: _____

Indirizzo (*Via/C.so/P.zza/Largo)**: _____ N° _____

CAP: _____ Località: _____

Provincia: _____ Paese: _____

Titolare del Conto Corrente*: _____

IBAN di addebito* _____

Presso la Banca: _____

Codice SWIFT (BIC): _____

Codice Fiscale/Partita IVA del Debitore*: _____

SEZIONE CREDITORE

Ragione Sociale del Creditore: **ANAAO ASSOMED - ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT68001000009500286024 5**

Sede Legale (*Via/C.so/P.zza/Largo)**:* VIA DOMENICO SCARLATTI N°27

CAP: 20124 Località: MILANO

Provincia: MILANO Paese: ITALIA

Il sottoscritto 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.

La presente autorizzazione è regolata dal contratto di conto corrente stipulato dal Titolare con la Banca stessa.
Il sottoscritto ha la 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 (data scadenza), utilizzando la modulistica in uso presso la Banca.

Cognome e nome del Titolare: _____

Codice fiscale del Titolare: _____

(le suddette informazioni relative al Titolare sono obbligatorie nel caso in cui Titolare e Debitore non coincidano)

_____, _____
Luogo* Data*

_____
Firma del Titolare*

***I campi EVIDENZIATI IN GIALLO sono obbligatori**

****