SEPA DIRECT DEBIT Core – MANDATO Rif:

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

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

SWIFT banca

Soggetto terzo per conto di cui viene eseguito il pagamento:

Compilare solo se paga per conto di un'altra persona

_____

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 chirurghi@omceoar.it - segreteria.ar@pec.omceo.it
CID (codice identificativo)	**IT04001000008000063051 9**

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma del debitore _____

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