



RIFERIMENTO MANDATO:
A CURA DEGLI UFFICI

DATI INTESTATARIO DEL CONTO (Debitore)

Cognome e Nome/Ragione Sociale Debitore*:

Indirizzo*:

N*:

CAP*:

Località*:

Provincia*:

Paese*:

IBAN conto corrente*:

Presso il PSP (Nome Banca)*:

Codice SWIFT (BIC):

Cod. Fiscale*:

Recapito Telefonico*:

email:

INDIRIZZO PEC*:

DATI DEL CREDITORE

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Creditore*:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI CASERTA

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*:

IT90ZZZ0000080101410613

Sede Legale:

VIA DONATO BRAMANTE, LOTTO B SCALA F

N*:

19

Cap:

81100

Località:

CASERTA

Provincia:

CE

Paese:

ITALIA

Il sottoscritto, intestatario del Conto Corrente sopra indicato, autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato* :

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 dall'intestatario del Conto Corrente con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere al PSP 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

DATI DEL DEBITORE (compilare obbligatoriamente se Intestatario del Conto e Debitore non coincidono)

Cognome e Nome:

Codice Fiscale:

Luogo

Data*

Firma Intestatario Conto Corrente Bancario *

N.B. : I diritti del Debitore riguardanti la presente autorizzazione sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP. Le informazioni con * sono obbligatorie.