OMCeO
Varese

MANDATO SEPA DIRECT DEBIT

Identificativo del Creditore: **IT19001000080010140129**

Identificativo del mandato: 2E2383

Codice Fiscale Dr

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione a ***Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese*** a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da

Dr_____

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.
I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Nome del debitore: Dr _____

Indirizzo: _____ n. civico _____

Città: _____ Provincia: _____

CAP:_____

IBAN:

BIC (solo se IBAN non inizia con IT):_____

Data sottoscrizione:_____

Luogo:_____

Firma:_____

INVIARE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:
Email PEC: protocollo@pec.omceovarese.it
oppure via Fax al n. 0332/235659
allegando copia di documento di identità