

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

Riferimento Mandato: (a cura dell'Ordine)



Cognome e Nome del Medico richiedente	<input style="width: 637px; height: 20px;" type="text"/>		
Codice Fiscale	<input style="width: 487px; height: 20px;" type="text"/>		
Indirizzo	<input style="width: 437px; height: 20px;" type="text"/>	N°:	<input style="width: 143px; height: 20px;" type="text"/>
CAP	<input style="width: 127px; height: 20px;" type="text"/>	Località	<input style="width: 563px; height: 20px;" type="text"/>
Provincia	<input style="width: 127px; height: 20px;" type="text"/>	Paese	<input style="width: 563px; height: 20px;" type="text"/>
Titolare del Conto Corrente: (IBAN)	<input style="width: 663px; height: 20px;" type="text"/>		
Presso la Banca	<input style="width: 467px; height: 20px;" type="text"/>	Codice SWIFT (BIC)	<input style="width: 173px; height: 20px;" type="text"/>

Ragione Sociale del Creditore	Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova		
Codice identificativo del Creditore	IT650010000080015710108		
Sede Legale	Piazza della Vittoria	N°:	12
CAP	16121	Località	Genova
Provincia	GE	Paese	Italia

Il sottoscritto Debitore 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 dal Debitore 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. **Con l'adesione al servizio SSD, la quota annuale di iscrizione all'Ordine viene automaticamente addebitata sul conto corrente, senza ulteriori adempimenti da parte dell'iscritto a decorrere dall'anno successivo a quello di adesione.**

Luogo

Data

Firma del debitore

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A :
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 GENOVA email protocollo@omceoge.org
allegando copia di un documento di riconoscimento

Spazio riservato al Creditore