

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERMO
CORSO CEFALONIA N.69
63900 FERMO
C.F. 9006390440

MANDATO SEPA DIRECT DEBIT CORE

Riferimento del Mandato – *Mandate Reference*

A 1 L K G 3

(da compilare a cura del Creditore – *to be completed by Creditor*)

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione a (*nome del Creditore*) ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROV. DI FERMO 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 (*nome del Creditore*) ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROV. DI FERMO.

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 campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

By signing this mandate form, you authorise (A) (name of Creditor) _____ to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from (name of Creditor) _____.

*As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.*

Nome del debitore */ *Name of the debtor ** _____

Via / Numero civico* / *Street name and number** _____

CAP / Località */ *Postal code City** _____

Paese* / *Country** _____

Nr. c/c del Debitore / *Account Number (IBAN)** _____

SWIFT* / *BIC ** _____

Codice Fiscale/ P.Iva del Debitore – *NIN or VAT Number of the debtor* _____

Ragione Sociale del creditore* / *Creditor's name** ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERMO

Codice identificativo del creditore* / *Creditor identifier ** A 1 L K G

Via / Numero civico* / *Street name and number** CORSO CEFALONIA N.69

CAP / Località */ *Postal code City** 63900 FERMO

Paese* / *Country** ITALIA

Tipo pagamento* / *Type of payment**:

Ricorrente / *Recurrent*

Singolo / *One-off*

Luogo e data (*Location & date*)

Firma (*Signature*)