Autorizzazione per l'addebito in conto corrente (o modifica IBAN) delle disposizioni
SEPA DIRECT DEBIT CORE
relative alla quota di iscrizione all'Ordine

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

Riferimento mandato

9	1	8	G	4	4															

(---------- codice fiscale del debitore ----------)

Cognome e Nome del richiedente (Debitore):	
Codice fiscale:	
Indirizzo:	N°:
CAP:	Località:
Provincia:	Paese:
Mail:	Cellulare:
IBAN *(conto corrente del Debitore)* (*)	
	Codice SWIFT (BIC): (**)

(*) : Il Debitore deve essere intestario o cointestatario del conto di addebito
(**) : Il codice BIC è necessario solo in caso di conto di addebito su banca di stato estero

Ragione Sociale del Creditore:	**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO**				
Codice Identificativo del Creditore (*Creditor Identifier*):	**IT46001000000111330013**				
Sede Legale:	**CORSO FRANCIA**			N°:	**8**
CAP:	**10143**	Località:	**TORINO**		
Provincia:	**TO**	Paese:	**ITALIA**		

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
  [X] addebiti in via continuativa

- 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.

Luogo , *Data*

Firma del Debitore

N.B.: I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

****

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:	RISERVATO AL CREDITORE:
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO Corso Francia 8 - 10143 Torino *Allegando copia di un documento di riconoscimento* ***via mail a tesoreria@omceo.to.it***	