

Mandato per addebito diretto SEPA Core



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE
Tel. 041 989479 – 989582 • Fax 041 989663
E-mail: protocollo@ordinemedicivenezia.it
PEC: segreteria.ve@pec.omceo.it

0	5	N	6	1	3																		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ATTENZIONE: COMPLETARE IL CODICE SOVRASTANTE AGGIUNGENDO DI SEGUITO IL PROPRIO CODICE FISCALE(*)

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati relativi al Debitore

Nome e Cognome /
Rag. Sociale*

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N° civico

Codice postale

Località

Paese

Cod. Fiscale*

Cod. Fiscale

IBAN*

IBAN del titolare del conto corrente

Dati relativi al Creditore

Nome del Creditore

Cod. Identificativo*

O R D I N E P R O V I N C I A L E

MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VENEZIA

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)

Sede Legale*

Via M E S T R I N A 8 6 3 0 1 7 2

Via e N° civico

Codice postale

M E S T R E V E N E Z I A - I T A L I A

Località

Paese

Dati relativi al Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome e Cognome

Cod. Fiscale

Tipologia di pagamento*

Ricorrente

Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca 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 di sottoscrizione*

*Firma/e

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Dati concernenti il rapporto sottostante fra Creditore e Debitore (indicazione facoltativa a mero scopo informativo)

Codice identificativo del Debitore

0 5 N 6 1 3

Indicare il codice di riferimento che si vuole che la Banca del Debitore citi nell'addebito.

Il codice si completa aggiungendo il codice fiscale del sottoscrittore

Nome dell'effettivo Debitore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Debitore: se si effettua un pagamento relativo a un contratto tra il Creditore e un altro soggetto diverso dal Debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi) indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il Sottoscrittore lasciare in bianco.

Codice identificativo della controparte di riferimento del Debitore

Nome dell'effettivo Creditore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Creditore: il Creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto

Codice identificativo della controparte di riferimento del Creditore

Riferimenti del contratto sottostante

*Numero identificativo del contratto sottostante**

Descrizione del contratto

Restituire il modulo debitamente compilato e firmato a:

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VENEZIA –

Via Mestrina 86 -30172 MESTRE, VENEZIA

OPPURE via **FAX** al n. **041989663**

OPPURE A MEZZO PEC (scannerizzato e comprensivo delle firme) a:

segreteria.ve@pec.omceo.it

Riservato al Creditore: