

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: