

**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

Codice Fiscale

Indirizzo

CAP

Località

Provincia

Paese

Titolare del Conto Corrente: (IBAN)

Presso la Banca

Codice SWIFT (BIC)

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.

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 Fax. N. 010593558, email protocollo@omceoge.org **allegando copia di un documento di riconoscimento**

Spazio riservato al Creditore