

**AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI
SEPA CORE DEBIT**

RIFERIMENTO MANDATO :

<i>Cod. Azienda SIA</i>	<i>Tipo codice</i>	<i>Codice assegnato al Debitore</i>
7J566	3	

(da completare a cura del Creditore)

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOAITRI DELLA PROVINCIA DI UDINE Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/09/1946, n. 233) Viale A. Diaz n. 30 - 33100 UDINE Tel. 0432 504122 Fax 0432 506150 E-mail: info@omceoudine.it PEC: segreteria.ud@pec.omceo.it C.F. 80002030304
--

(Nome e Logo del Creditore)

Cognome e Nome/Ragione Sociale del **Debitore** : _____

Indirizzo : Via/C.so/P.zza/Largo _____ n. _____

CAP : _____ Località : _____

Provincia : _____ Paese : _____

Titolare del Conto Corrente : (indicare IBAN) _____

Presso la Banca : _____ Codice SWIFT (BIC) _____

Ragione Sociale del **Creditore** : **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI UDINE**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier) : **IT 20 T 01030 12300 000000654661**

Sede Legale : Via/C.so/P.zza/Largo : **VIALE A. DIAZ** n. **30**

CAP : **33100** Località : **UDINE**

Provincia : **UD** 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

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