MODULO REVOCA autorizzazione di addebito diretto in c/c

mandato per addebito diretto SEPA Core

Città di Medicina

Città di Medicina

Via Libertà 103

40059 Medicina (BO

Tel. 051/6979111

Fax 051/6979222

Il Sottoscrittore **revoca** l'autorizzazione pemanente di addebito in c/c sotto riportato, relativo agli addebito diretti SEPA inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice sotto riportate

Dati relativi al Debitore e del conto corrente da REVOCARE

Nome e Cognome / Rag. Sociale*

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N° civico *Codice postale*

Località *Paese*

Cod. Fiscale/Part. IVA*

Cod. Fiscale / Part. IVA del Debitore

IBAN*

IBAN del titolare del conto corrente

Dati relativi al Creditore

Rag. Sociale del Creditore* C O M U N E D I M E D I C I N A

Nome del Creditore

Cod. Identificativo* I T 6 4 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 5 0 8 8 9 1 2 0 7

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)

Sede Legale* V I A L I B E R T A' , 1 0 3 - 4 0 0 5 9

Via e N° civico *Codice postale*

M E D I C I N A (B O)

Località *Paese*

_____ , _____

Luogo *Data di sottoscrizione**

_____

*Firma/e