Mandato per addebito diretto SEPA Core

Città di Medicina

A	D	O	V	2	3																												

Riferimento del mandato *(da indicare a cura del Creditore)*

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/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*

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.