

Autorizzazione per l'addebito diretto SEPA

[illegible]

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione a ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONT. RAGUSA a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da DOTT.

Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Nome del debitore */ Name of the debtor *

DOTT.

Via / Numero civico* / Street name and number*

Codice Fiscale / Partita Iva Debitore* / NIN or VAT Number of the debtor*

--	--

CAP / Località */ Postal code City*

--

Paese* / Country*

--

Numero di conto del Debitore (IBAN)* / Account Number (IBAN)*

SWIFT* / BIC*

Nome del creditore* / *Creditor's name**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA

Codice ident.vo del creditore* / Creditor identifier *

Via / Numero civico* / *street name and number**

VIA GUGLIELMO NICASTRO N. 50

CAP / Località* / Postal code City*

97100

Paese* / Country*

RAGUSA

Tipo pagamento* / Type of payment*

☒ Ricorrente / *Recurrent* o ☐ Singolo / *One-off*Data sottoscrizione originaria* / *Date of signature**

--	--	--	--

Firma / timbro del cliente* / *signature and stamp**Data / *date**

Data / date
(ddmmvvv)*

[illegible]

Luogo* / City*

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.