MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA SDD CORE
ISCRIZIONE ANNUALE ORDINE MEDICI E/O ODONTOIATRI

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 del Creditore

---

DATI RELATIVI AL DEBITORE

NOME E COGNOME DEL DEBITORE _____

CODICE FISCALE DEL DEBITORE _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____

IBAN* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN del titolare del conto corrente

BANCA _____ _____

CODICE SWIFT (BIC) _____

Sequenza mandato ☐ FIRST ☐ RECURRENT

Luogo e Data sottoscrizione mandato _____

==========

DATI RELATIVI AL CREDITORE

RAGIONE SOCIALE	ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI LECCE
CODICE IDENTIFICATIVO	IT54N0306904013100000300034
SEDE LEGALE	Via Nazario Sauro, 31 - 73100 Lecce

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 e data di sottoscrizione

_____

Firma del debitore

_____

I diritti del debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

Restituire il modulo debitamente compilato **e corredato da documento di identità** a
Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Lecce Via Nazario Sauro, 31 - 73100 Lecce
E- Mail: sdd@ordinemedicilecce.it