

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

| RIFERIMENTO MANDATO (Inserire il proprio codice fiscale) | |
|--|--|
| | ebitore: ebito del conto indicato nella sezione sottostante; guire l'addebito conformemente alle disposizioni del Creditore |
| DATI RELATIVI AL DEBITORE | |
| NOME E COGNOME DEL DEBITORE | , |
| CODICE FISCALE DEL DEBITORE | |
| INDIRIZZO RESIDENZA | |
| IBAN* | |
| | |
| BANCA | |
| CODICE SWIFT (BIC) | |
| Sequenza mandato | FIRST RECURRENT |
| Luogo e Data sottoscrizione mandato | |
| Codice identificativo IT910 | MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI BRESCIA 010000080013390176 armora 167 – 25124 Brescia (BS) Italia |
| facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di qu | tto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto ha nanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; presentate entro e non oltre <u>8 settimane</u> a decorrere dalla data di |
| 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 <u>corredato da documento di identità</u> a** Ordine Medici chirurghi e Odontoiatri di Brescia Via Lamarmora 167 25128 Brescia Email: tassaiscrizioneordine@ordinemedici.brescia.it