



ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI PISA

**Mandato per addebito diretto SEPA ISCRIZIONE ANNUALE ORDINE DEI MEDICI/ODONTOIATRI**

RIFERIMENTO MANDATO

COGNOME E NOME DEL DEBITORE

CODICE FISCALE DEL DEBITORE

INDIRIZZO (VIA, P.ZZA ETC)

COMUNE

CAP

PROVINCIA

CODICE IBAN:

BANCA

CODICE SWIFT (BIC)

RAGIONE SOCIALE DEL  
CREDITORE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI PISA**

Codice Identificativo del Creditore  
(*Creditor Identifier*):

IT64ZZZ

Sede Legale: Via Battelli N. 5

CAP: 56127

Località: Pisa

Provincia: Pi

Paese: Italia

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato

- addebiti in via continuativa
- un singolo addebito

- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

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. *Allegata fotocopia documento d'identità*

LUOGO E DATA

FIRMA DEL DEBITORE

**N.B.:** I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

**Note :**

**RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO ALLEGANDO COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' A:**

ITALRISCOSSIONI S.R.L. CON SOCIO UNICO

Email: sddomceopi@italriscossioni.it

Fax: 06/56561517