

**MODULO REVOCA autorizzazione di addebito diretto in c/c
mandato per addebito diretto SEPA Core**



Comune
di Medicina

Il Sottoscrittore **revoca** l'autorizzazione permanente di addebito in c/c sotto riportato, relativo agli addebito diretti SEPA inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice sotto riportate

Dati relativi al Debitore e del conto corrente da REVOCARE

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* _____

_____ , _____
Luogo _____ *Data di sottoscrizione** _____

**Firma/e*