Mandato per addebito diretto SEPA Core

Comune di Medicina

A	D	O	V	2	3																												

Riferimento del mandato *(da indicare a cura del Creditore)*

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 impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati relativi al Debitore

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*

Dati relativi al Sottoscrittore (*Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano*)

Nome e Cognome _____

Cod. Fiscale _____

Tipologia di pagamento* ❑ Ricorrente ❑ Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca 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 *Data di sottoscrizione**

_____

*Firma/e

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

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO DAL GENITORE INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE CHE USUFRUIRÀ DELLE DETRAZIONI FISCALI.