Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT

RIFERIMENTO MANDATO:

(da completare a cura del Creditore)

Cognome e Nome:					
Indirizzo:	*Via/C.so/P.zza/Largo*			N°:	
CAP:		Località:			
Provincia:		Paese:			
Intestatario / Intestatari del Conto Corrente:					
Codice Iban					
Presso la Banca:		Codice SWIFT (BIC): (reperibile su estratto conto)			

Ragione Sociale del Creditore:	Insieme Salute – Società di mutuo soccorso				
Codice Identificativo del Creditore (*Creditor Identifier*):	11N69				
Sede Legale:	*Via/C.so/P.zza/Largo*	Viale San Gimignano		N°:	30/32
CAP:	20146	Località:	Milano		
Provincia:	MI	Paese:	Italia		

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- 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.

_____ , _____
Luogo *Data*

_____
Firma del Debitore

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

****

Dettagli relativi al rapporto sottostante fra Creditore e Debitore – indicazione facoltativa con finalità esclusivamente informative

Indicare in questo campo il codice di riferimento che si vuole la Banca citi nell'addebito

Codice identificativo del Debitore:

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:	RISERVATO AL CREDITORE:
Insieme Salute Viale San Gimignano, 30/32 – 20146 – Milano	