Ordine provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Firenze

Via G.C. Vanini,15 - 50129 Firenze
Tel.(+39) 055.496522 - www.ordine-medici-firenze.it

Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni
SEPA CORE DIRECT DEBIT
TASSA ISCRIZIONE A RUOLO

Da restituire a: segreteria.fi@pec.omceo.it
O: protocollo@omceofi.it

Codice Fiscale

V	5	6	6	6	4															

Cognome e Nome _____

Via/Piazza _____CAP_____Provincia _____

Cell. _____Mail _____

IBAN:

I	T																							

(creditor Identifier: IT74001000080029990480)

Il sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa 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 _____

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data _____ Firma _____

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta ordinaria deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.