

Mandato per addebito diretto SEPA Core



Riferimento del mandato (da compilare 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*

Indirizzo*

VIA E N. CIVICO

CAP

LOCALITÀ

PROV.

C.F. / P.IVA*

IBAN*

IBAN DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTE

Dati Relativi al Creditore

Ragione Sociale **Società Sanitaria di Mutuo Soccorso**

Codice Identificativo **IT240010000097770330013**

Sede Legale **Via Cibrario 49/A - 10143 Torino**

Dati del Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui il Sottoscrittore e il Debitore non coincidano)

Nome e Cognome

C.F.

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*

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

Restituire il modulo debitamente compilato a:

- S.S.M.S. Via Cibrario 49/A
- Via fax al numero 0117435066

Riservato al Creditore:

SOCIO

CARD

[] PRIMO ADEBITO