Mandato per addebito diretto SEPA Core

SSMS
Società Sanitaria di Mutuo Soccorso

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 **IT24001000097770330013**
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 email all'indirizzo: info@mutuaprivata.com

Riservato al Creditore:

.... [ ] .....
Socio CARD PRIMO ADDEBITO