

**Autorizzazione permanente di addebito in c/c delle disposizioni SEPA CORE DIRETC DEBIT**  
**Opzione Allineamento Elettronico Archivi (Servizio SEDA)**

RIFERIMENTO MANDATO:

--

(da fornire a cura del Creditore)

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI della Provincia di Verona Via Locatelli, 1 - 37122 Verona
---

(Nome e logo del Creditore)

La sottoscrizione del presente mandato conferisce al Creditore l'autorizzazione a richiedere al Prestatore di Servizi di pagamento (PSP) di cui il Debitore si avvale l'addebito del suo conto e l'autorizzazione ed eseguire tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore. Il Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio PSP secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

**Cognome e Nome del Debitore:**

--

Indirizzo:

Via		N°	
-----	--	----	--

C.A.P.

	Località	
--	----------	--

Provincia:

	Paese	
--	-------	--

Conto Corrente di addebito:

--

(Indicare IBAN completo)

Denominazione PSP  
(rif. Istituto Credito)

--

Codice SWIFT (BIC)  
in caso di conto estero

--

Codice fiscale del Debitore:

--

(scrivere in stampatello in modo leggibile)

**Ragione Sociale del Creditore:**

<b>ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI DI VERONA</b>
--

IBAN del Creditore \*:

--

Sede legale:

Via Locatelli	N°	1
---------------	----	---

C.A.P.

37122	Località:	Verona
-------	-----------	--------

Provincia:

Verona	Paese:	Verona
--------	--------	--------

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato \*

- addebito in via continuativa  
 un singolo addebito

Cognome e Nome del Sottoscrittore:

--

(Le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

(Luogo e data)

Firma

**RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI  
della Provincia di VERONA

mail: [elisabetta@omceovr.it](mailto:elisabetta@omceovr.it) (Allegare copia documento)

oppure: [segreteria@pec.omceovr.it](mailto:segreteria@pec.omceovr.it)

