

MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO SEPA

B	2	X	M	0	/	I	T	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	2	6	5	9	2	0	4	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- l'autorizzazione ad ASP VALLONI MARECCHIA a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto;
- l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito.

Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca 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.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

By signing this mandate form, you authorize

- *to send instructions to your bank to debit your account*
- *your bank to debit your account*

*As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.*

Soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento (se diverso dal debitore)	
NOME DEL DEBITORE (*)	
INDIRIZZO (*)	
CAP - CITTA' – PAESE (*)	
IBAN CONTO DI ADDEBITO (*)	
SWIFT / BIC	
NOME DEL CREDITORE	ASP VALLONI MARECCHIA
INDIRIZZO	VIA DI MEZZO 1
CAP - CITTA' - PAESE	47923 - RIMINI - ITALIA
TIPO DEL PAGAMENTO	<u>RICORRENTE</u> / SINGOLO
LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE (*)	FIRMA (*)
<small>Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.</small>	

Da compilare se il sottoscrittore è persona diversa dal debitore

Io sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Dichiaro di avere delega di firma sul conto.

Firma
