



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona



37122 Verona-Via Locatelli, 1 – tel. 0458006112-fax 045594904

www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it – Pec: segreteria@pec.omceovr.it

Verona, 13/07/2017

Egr. Dott./Gent. Dott.ssa

Le comunichiamo che, dal prossimo anno, questo Ordine non potrà più servirsi del Concessionario Italtiscossioni per la gestione della riscossione della quota di iscrizione.

L'accredito dell'importo annuo, scadente sempre in data 31 gennaio, avverrà direttamente sul Conto Corrente del nostro Ente.

Se intende quindi continuare a mantenere il servizio di addebito diretto (SDD), o se è interessato ad aderire a questo servizio, chiediamo gentilmente di compilare in ogni sua parte il modulo allegato, firmarlo e restituirlo all'Ordine, con allegata la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, al seguente indirizzo mail: betti@omceovr.it, **entro e non oltre il 31/10/2017**.

Ulteriori richieste ricevute dopo tale data, verranno prese in considerazione ma diventeranno operative secondo i tempi tecnici dell'Istituto di Credito.

L'Ordine è a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, chiamando il numero 045/8006112 nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00.

Cordiali saluti.

La Segreteria Ordine dei Medici C. e O. della Provincia di Verona

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)

(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)

Denominazione PSP:

Codice SWIFT (BIC)

Codice fiscale del Debitore:

(scrivere in stampatello in modo leggibile)

Ragione Sociale del Creditore:

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI DI VERONA

IBAN del Creditore *:

IT 93 B 05034 11711 00000002930

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 *

- addebiti 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
e mail: betti@omceovr.it
fax: 045/594904

