OMCeOMB
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Monza e della Brianza
(Ente di Diritto Pubblico D.L.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233)
Via G. B. Mauri 9 – 20900 MONZA MB

SEPA DIRECT DEBIT Core – MANDATO Rif: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ da NON compilare)(Cont. Conf. al Doc. EPC 175-08-it V.03 del 28 Aprile 2009)

Tipo di pagamento: X Ricorrente
☐ Singolo

La sottoscrizione del presente mandato autorizza l'Ordine del Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto, ed allo stesso tempo autorizza la Sua banca a procedere con tale addebito, conformemente alle disposizioni impartite da l'Ordine del Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza. 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.

Dati del Debitore (intestatario/intestatari del Conto Corrente)

Cognome e Nome _____

CF _____

Indirizzo _____

_____

	Cod. Nazionale	CIN Internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	☐☐	☐☐	☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC/SWIFT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (per pagamenti internazionali)

Soggetto terzo (dati del sanitario) per conto di cui viene eseguito il pagamento:

Compilare soltanto se l'iscritto non è intestatario del conto:

Cognome e Nome _____

CF _____

Dati del Creditore

Nome Ordine del Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza

Indirizzo Via G. B. Mauri 9 20900 Monza MB

Recapiti 039/322416

segreteria@omceomb.it omceomb@pec.omceomb.it

CID (codice identificativo) **IT340010000094611010151**

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma del debitore _____

Il modulo compilato deve essere restituito all' **Ordine del Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza**