CASAGIT SALUTE

MANDATO SDD

PER ADDEBITO DIRETTO SUL CONTO BANCARIO

ATTENZIONE: Per la validità del modulo, allegare obbligatoriamente documento di identità

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA:

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

AUTORIZZA

- CASAGIT SALUTE ETS (in qualità di creditore con Codice identificativo IT38ZZZ0000080065730584) a disporre l'addebito dei contributi dovuti dal socio sull' IBAN sottoindicato, con esplicita autorizzazione da parte dell'intestatario del conto se diverso dal socio
- la banca a eseguire l'addebito delle somme indicate da CASAGIT SALUTE ETS.

Il rapporto con la banca è regolato dal contratto che il socio ha stipulato con la stessa.
Il socio ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo quanto previsto nel contratto presentando richiesta entro e non oltre 8 settimane dalla data di addebito in conto.

CONTO BANCARIO DI ADDEBITO

IBAN

Per i bonifici internazionali è necessario indicare anche il codice SWIFT/BIC. L'addebito è possibile solo per i paesi che aderiscono al circuito SEPA.

Intestato a (Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Nazione: _____

Data _____

Firma del SOCIO _____

Firma dell'INTESTATARIO DEL CONTO _____

(Con la sottoscrizione l'intestatario del conto autorizza il trattamento dei dati personali)

INVIARE il modulo compilato a assistenza@mail.casagit.it allegando copia del documento d'identità