MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO - COMPILAZIONE A CURA DEL CLIENTE

MODALITA' DI PAGAMENTO RINNOVO CANONE (selezionare una delle opzioni di seguito)

Barrare la modalità di pagamento preferita. In mancanza di preferenza circa le modalità di pagamento sarà utilizza la modalità **SEPA RATE BIMESTRALI**

o SEPA rate bimestrali	o SEPA Unica soluzione

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il **Compugroup Medical Italia Spa** a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
  autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati relativi al Debitore

Nome e Cognome / Rag. Sociale*

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N° civico *Codice postale*

Località *Paese*

Cod. Fiscale/Part. IVA*

Cod. Fiscale / Part. IVA del Debitore

IBAN*

IBAN del titolare del conto corrente (27 Cifre e caratteri)

Dati relativi al Sottoscrittore (*Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)*

Nome e Cognome

Cod. Fiscale

Dati relativi al Creditore **Compugroup Medical Italia Spa - Via Adriano Olivetti 10 - 70059 - Molfetta (BA)**

Tipologia di pagamento ⊗ **Ricorrente** ◯ **Singolo**

Utente finale ----------

Timbro e firma leggibile