Autorizzazione per l'addebito diretto in conto corrente delle disposizioni

Mandato SEPA CORE DIRECT DEBIT

SORARIS SPA

Riferimento del mandato *riportato in fattura**

TIPO COMUNICAZIONE	☐ Attivazione	☐ Variazione dati	☐ Revoca

Con la sottoscrizione del presente mandato (se barrata la casella "attivazione" o "variazione dati" della sez. TIPO COMUNICAZIONE) il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente indicato pagamenti del tipo RICORRENTE;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati intestatario utenza *(riportati in fattura)*

Cognome e Nome / Rag. Sociale* _____ Cod. Fiscale/Part. IVA* _____ Codice Utente* _____

Dati relativi al Debitore (titolare del conto corrente)

Nome e Cognome / Rag. Sociale* _____
Nome del/i Debitore/i

Indirizzo _____
Via e N° civico *Codice postale*

_____
Località *Provincia* *Stato*

Cod. Fiscale/Part. IVA* _____
Cod. Fiscale / Part. IVA del Debitore

IBAN* _____
IBAN del titolare del conto corrente (27 caratteri)

Dati relativi al Creditore

Rag. Sociale del Creditore* SORARIS SPA - COMUNE DI TORRI DI QUARTESOLO
Nome del Creditore

Cod. Identificativo* IT 04 R 07601 11800 001045771365
Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)

Sede Legale* VIA L. GALVANI 30-32 36066
Via e N° civico *Codice postale*

SANDRIGO VI ITALIA
Località *Provincia* *Stato*

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

Nome e Cognome _____

Cod. Fiscale _____

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

_____ , _____ _____
Luogo *Data di sottoscrizione** *Firma**

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

RESTITUIRE IL MODULO UNITAMENTE ALLA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL SOTTOSCRITTORE A SORARIS SPA:

- via POSTA: via L. GALVANI 30-32 - 36066 SANDRIGO VI
- PRESENTAZIONE PRESSO SPORTELLO SORARIS SPA
- via e-mail: tariffa@soraris.it

I mandati trasmessi con modalità diverse da quelle su indicate e/o incomplete dei dati richiesti non saranno presi in considerazione.