



## ADDEBITO DIRETTO SEPA "Core" - AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN C/C

Riferimento Mandato

TiTipologia Mandato

Quota Annuale Iscrizione Socio Siof 90 €

X RECURRENT(addebiti in via continuativa)  
ANNUALE

### Dati relativi al Debitore

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

### Conto Corrente di addebito (indicare IBAN)

Codice Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	CAB	Numero conto corrente

Denominazione Banca \_\_\_\_\_ Codice SWIFT (BIC) \_\_\_\_\_

### Codice FISCALE del Debitore

|

### Dati relativi al Creditore

Cognome e Nome / Ragione Sociale **S.I.O.F. ASS.NE ITALIANA DI ODONTOIATRIA FORENSE**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier) **IT87ZZZ0000097164450583**

Indirizzo STRADA DEGLI SCHIOCCHI, \_\_\_\_\_ N° 12

CAP 41124 Località MODENA Paese Italia

Provincia MODENA

Il sottoscritto Debitore, in base alle condizioni indicate nel contratto di conto corrente in precedenza sottoscritto, **autorizza la Banca sopra intestata ad addebitare** sul conto corrente identificato dal codice IBAN sopra riportato, nella data di scadenza indicata dal Creditore, tutti gli addebiti diretti SEPA inviati dallo stesso Creditore e contrassegnati con il Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier) sopra riportato, a condizione che vi siano sul conto corrente da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito.

Il sottoscritto Debitore **ha diritto di revocare** il singolo addebito diretto SEPA entro la giornata operativa precedente la data di scadenza indicata dal Creditore e di chiedere il rimborso di un addebito diretto SEPA autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito in conto, in base alle condizioni indicate nel contratto di conto corrente in precedenza sottoscritto.

Cognome e Nome del sottoscrittore ( **SE SOTTOSCRITTORE E DEBITORE NON COINCIDONO** ) \_\_\_\_\_

Codice Identificativo del sottoscrittore (es. Codice Fiscale)

(le informazioni del sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

**Luogo e data**

**Firma del Debitore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER ADDEBITO CONTINUATIVO QUOTA ANNUALE SOCIO SIOF

Tramite l'invio di questo modulo il socio usufruirà della **quota ridotta**:

- **90 €** al posto della quota intera di 120 €

- **40 €** al posto della quota intera di 120 € per Odontoiatri specializzandi, Medici e Odontoiatri INAIL, Specializzandi in Medicina Legale, Igienisti Dentali, cultori del diritto.

I soci che hanno precedentemente versato la quota per il 2024 non devono fare\versare niente, compileranno il modulo allegato il prossimo anno.

- **IL MODULO COMPILATO VA PRIMA INVIATO ALLA PROPRIA BANCA.**

- Una volta accettato dalla banca, una copia del modulo deve essere inoltrata a:

**[serviziosocisiof@siofonline.it](mailto:serviziosocisiof@siofonline.it)**

***(accertarsi che il modulo sia completo con identità, codice fiscale)***