

# Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT

RIFERIMENTO MANDATO:  
  
*(da completare a cura del Creditore)*

COMUNE DI CASTEL SAN PIETRO TERME  
 PIAZZA XX SETTEMBRE, 3  
 40024 CASTEL SAN PIETRO TERME - BO

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Debitore:

Indirizzo: *Via/C.so/P.zza/Largo*  N°:

CAP:  Località:

Provincia:  Paese:

Titolare del Conto Corrente: *(indicare IBAN)*

Presso la Banca:  Codice SWIFT (BIC):

Ragione Sociale del Creditore:  COMUNE DI CASTEL SAN PIETRO TERME

Codice Identificativo del Creditore (*Creditor Identifier*):  IT090010000000514201201

Sede Legale: *Via/C.so/P.zza/Largo*  PIAZZA XX SETTEMBRE N°:  3

CAP:  40024 Località:  CASTEL SAN PIETRO TERME

Provincia:  BOLOGNA Paese:  ITALIA

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
  - addebiti in via continuativa
  - un singolo addebito
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.  
 Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, 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*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Debitore*

**N.B.:** I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

\*\*\*\*\*

Dettagli relativi al rapporto sottostante fra Creditore e Debitore – indicazione facoltativa con finalità esclusivamente informative

*Indicare in questo campo il codice di riferimento che si vuole la Banca citi nell'addebito*

Codice identificativo del Debitore:

Eventuale soggetti per conto dei quali viene effettuato il pagamento:

*Per pagamenti relativi a un contratto tra un soggetto diverso dal sottoscrittore e il Creditore (ad es. liquidazione di fatture intestate a terzi) usare questo campo per indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il sottoscrittore lasciare in bianco.*

Nome dell'effettivo Debitore:

Codice identificativo dell'effettivo Debitore:

Nome dell'effettivo Creditore:

*Il Creditore deve compilare questa sezione se l'incasso è effettuato per conto un altro soggetto*

Codice identificativo dell'effettivo Creditore:

Riferimenti del contratto sottostante: *(Numero identificativo del contratto sottostante)*

Descrizione del contratto:

<b>RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:</b> SERVIZI EDUCATIVI E SCOLASTICI Piazza XX Settembre n. 3 40024 Castel San Pietro Terme (BO)	<b>RISERVATO AL CREDITORE:</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------