

Mandato per addebito diretto SEPA core



Riferimento del mandato (parte da compilare a cura del Creditore)

Compila questo modulo in ogni sua parte e invialo a:
Medici con l'Africa Cuamm - Via San Francesco 126, 35121 Padova
Fax 049.8754738 - cuamm@cuamm.org

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore/Medici con l'Africa Cuamm a disporre dell'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore;
- esonera il Creditore dalla notifica al Debitore degli estremi di ogni operazione di addebito.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati relativi al Debitore

Nome e Cognome / Rag. Sociale*		
Indirizzo (Via n. civico)*		
Codice postale	Località*	Paese*
Email	Telefono	Professione
Cod. Fiscale / Part. IVA*	<input type="text"/>	
IBAN* (IBAN del titolare del conto corrente)	<input type="text"/>	

Dati relativi al Creditore

Ragione Sociale Medici con l'Africa Cuamm		
Cod. identificativo IT03001000000677540288	Sede legale Via San Francesco 126	
Codice postale 35121	Località Padova	Paese Italia

Tipologia di pagamento*

<input type="checkbox"/> Ricorrente <input type="checkbox"/> Singolo Addebito
Specificare, se ricorrente: <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> 250 Euro <input type="checkbox"/> 100 Euro <input type="checkbox"/> 50 Euro <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/> 50 Euro <input type="checkbox"/> 25 Euro <input type="checkbox"/> 15 Euro <input type="checkbox"/> Altro
Specificare il progetto e/o Paese a cui destinare la donazione

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.

Informativa sulla Privacy: Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di dati personali (D. Lgs196/2003), si informa che il trattamento dei Suoi dati personali, compreso l'indirizzo di posta elettronica, forniti ai fini della donazione, avverrà presso la sede di Medici con l'Africa Cuamm - Titolare e Responsabile del Trattamento - Via S.Francesco 126, 35121 Padova, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, compresi gli adempimenti contabili e fiscali. Può esercitare i diritti di cui all'art.7-8-9-10 del citato decreto (consultazione, modifica, blocco e cancellazione dei dati) rivolgendosi al titolare del trattamento al suindicato indirizzo. Il consenso del trattamento dei dati è necessario per effettuare l'operazione, in mancanza del quale, vi è l'impossibilità di effettuare la donazione richiesta).