

RIFERIMENTO MANDATO*:

A99J33



Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

(inserirne senza spazi dopo il codice A99J33 il proprio codice fiscale)

Cognome e Nome*:			
Indirizzo*:	Via/C.so/P.zza/Largo		N°:
CAP:		Località:	
Provincia:		Paese:	
Iban*:			
Presso la Banca:		Codice SWIFT (BIC)	
Codice fiscale del Debitore*:			

Ragione Sociale del Creditore*:	FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO		
Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*:	IT340020000097574030157		
Sede Legale*:	Via/C.so/P.zza/Largo	PIAZZA FERRARI	N°: 10
CAP:	20121	Località:	MILANO
Provincia:	MI	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.

Cognome e nome del sottoscrittore:	
Codice fiscale del sottoscrittore:	

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Luogo

Data

Firma del Debitore

*I campi indicati con un asterisco sono obbligatori

Restituire copia del presente modulo debitamente compilato e sottoscritto dall'interessato nonché vidimato e caricato dalla filiale bancaria dove intrattiene il rapporto di conto corrente a:

**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Via A. Cechov, 50/5
20151 Milano (MI)