CASAGIT SALUTE

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA (SDD CORE)

Riferimento del mandato (da compilarsi a cura della CASAGIT SALUTE)

Con la sottoscizione del presente modulo si autorizza:

- *il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato dalle coordinate IBAN*
- *la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.*

Dati relativi a CASAGIT SALUTE (Creditore)

Rag. sociale del Creditore **Società Nazionale di Mutuo Soccorso dei Giornalisti Italiani "Angiolo Berti"**

Codice Identificativo *CID Creditor Identifier* **I T 3 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 8 0 0 6 5 7 3 0 5 8 4**

Sede Legale **Via Marocco/ 61/ 00144/ Roma/Italia**

Dati relativi al Socio (Debitore) Iscritto al *Piano Sanitario* ☐ *Casagit* ☐ *Salute Sicura* ☐ *Salute Serena* ☐ *Salute Attiva* ☐ *Salute Giovane*

Nome e Cognome * _____

Indirizzo* _____

Via e N° civico *CAP*

_____

Località *Provincia*

Luogo e data di nascita* _____ _____

Citta e Provincia *Data di nascita*

Codice fiscale* _____

Codice fiscale

Dati relativi all'Intestatario del Conto di Addebito

(Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui l'intestario del Conto sia diverso dal Socio Debitore)

Nome e Cognome* _____

Luogo e data di nascita* _____ _____

Citta e Provincia *Data di nascita*

Codice fiscale* _____

Codice fiscale

Tipologia di pagamento **Ricorrente**

Luogo *Data di sottoscrizione* *Firma dell'intestatario del conto*

_____ _____ _____

Con la sottoscrizione, il titolare del conto di addebito, autorizza il trattamento dei dati personali.

IBAN di Addebito* _____

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 del Socio Debitore*

_____ _____ _____

Restituire il modulo debitamente compilato a: CASAGIT SALUTE Via Marocco 61 00144 Roma

e-mail : assistenza@mail.casagit.it

(*) *I campi contrassegnati con asterisco sono obbligatori*

Attenzione: per la validità del modulo, allegare copia documento di identità