**FONDAZIONE SCUOLA MATERNA PIETRO CISMONDI**
VIA ROMA 77-RONCADELLE
COD.FISC. 80054260171
PARTITA IVA 01788710174

# MANDATO SEPA CORE DIRECT DEBIT
# AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN C/C

: *Opzione allineamento elettronico archivi (Servizio SEDA)*

**Riferimento Mandato***

*(dato fornito dal Creditore)*

La sottoscrizione del presente mandato conferisce al Creditore l'autorizzazione a richiedere alla Banca di cui il Debitore si avvale l'addebito del suo conto e l'autorizzazione ad eseguire tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore. Il Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

## Dati relativi al Debitore

Cognome e Nome / Ragione Sociale* _____

Indirizzo* _____ N°* _____

CAP* ____ Località* _____ Provincia* _____

Paese* _____

**Conto Corrente di addebito* (indicare IBAN)**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Codice Paese | CIN IBAN | CIN | Codice ABI | CAB | Numero conto corrente |
|---|---|---|---|---|---|

Denominazione Banca* _____ Codice SWIFT (BIC)* _____

Codice Identificativo del Debitore (es. Codice Fiscale/partita IVA)*per i mandati SEDA

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## Dati relativi al Creditore

Cognome e Nome / Ragione Sociale* SCUOLA MATERNA PIETRO CISMONDI

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier)* IT48ZZZ0000001788710174

Indirizzo* VIA ROMA N°* 77

CAP* 25030 Località* RONCADELLE Provincia* BS

Paese* ITALIA

Il sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopraindicato*:

☐ addebiti in via continuativa (RECURRENT)
☐ un singolo addebito (ONE-OFF)

Cognome e Nome del sottoscrittore _____

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*** _____

* I campi indicati con asterisco sono obbligatori

Restituire il modulo debitamente compilato a:
FONDAZIONE SCUOLA MATERNA P. CISMONDI

Riservato al Creditore: