



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI *della Provincia di LUCCA*

**SEPA DIRECT DEBIT Core – MANDATO Rif:** \_\_\_\_\_

(Contenuti conformi al Doc. EPC 175-08-it V.03 del 28 Aprile 2009)

Tipo di pagamento: ☒ **Ricorrente**

☐ **Singolo**

La sottoscrizione del presente mandato autorizza l'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lucca** a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto, ed allo stesso tempo autorizza la Sua banca a procedere con tale addebito, conformemente alle disposizioni impartite da **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lucca**. 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 del Debitore**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_

IBAN addebito \_\_\_\_\_

SWIFT banca \_\_\_\_\_

**Soggetto terzo per conto di cui viene eseguito il pagamento:**

*Compilare solo se paga per conto di un'altra persona*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_



**Dati del Creditore**

Nome: ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LUCCA

Indirizzo: VIA GUINIGI 40 – cap 55100 – LUCCA (LU) \_\_\_\_\_

Recapiti: telef. 0583 467276 ; email [amministrazione@ordmedlu.it](mailto:amministrazione@ordmedlu.it)

CID (codice identificativo): IT67ZZZ0000080002120469

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso integrale visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/16 (GDPR) – fornita sul sito <https://www.ordmedlu.it/privacy-policy> dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lucca, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, dichiara di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento e ne acconsente il trattamento.

Con la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a ACCONSENTE inoltre:

- alla comunicazione dei propri dati personali, eventualmente anche di quelli particolari (art. 9 Reg. UE n.679/2016), agli eventuali soggetti esterni indicati nella presente modulistica;
- al trattamento dei propri dati personali, eventualmente anche quelli particolari (art. 9 Reg. UE n.679/2016), per le finalità specifiche legate all'attuazione del presente mandato di addebito diretto.

Luogo e data di sottoscrizione \_\_\_\_\_

Firma del debitore \_\_\_\_\_

Si allega:

- 1) Copia documenti identità del debitore.

Il modulo compilato e firmato, insieme all'allegato, deve essere restituito entro il 31.10.2024 a:

*Ordine Medici e Odontoiatri di Lucca*

email: [segreteria@ordmedlu.it](mailto:segreteria@ordmedlu.it)