

Mandato per addebito diretto SEPA

Riferimento del Mandato (numero polizza)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- A) l'autorizzazione a DARAG Italia S.p.A. a richiedere all'Istituto di Credito del debitore l'addebito del suo conto e
 B) l'autorizzazione all'Istituto di Credito del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da DARAG Italia S.p.A.
 Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio Istituto di Credito 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	
Nome del Debitore*	_____
	Cognome e Nome/ Ragione Sociale del Debitore
Indirizzo*	_____
	Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico
Codice Postale - Località*	_____
	Indicare CAP - Località e Provincia
Paese*	_____
	Paese
Conto di Addebito*	_____
	Indicare l'IBAN del titolare del conto di pagamento
SWIFT BIC**	_____
	Presso l'Istituto di Credito: indicare il codice SWIFT BIC
Codice Fiscale*	_____
	Inserire il Codice Fiscale
Codice Identificativo del Creditore*	IT94ZZZ0000010042300151
	Creditor Identifier

Dati del soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento	
Nome*	_____
	Cognome e Nome/ Ragione Sociale
Indirizzo	_____
	Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico
Codice Postale - Località	_____
	Indicare CAP - Località e Provincia
Paese	_____
	Paese
Codice Fiscale*	_____
	Inserire il Codice Fiscale

Tipo di pagamento: Ricorrente

Luogo e data di sottoscrizione*

Firma/e*

Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dal proprio Istituto di Credito.

* I campi contrassegnati sono obbligatori.

** Campo obbligatorio da utilizzare solo per conti correnti esteri.

Restituire il Modulo compilato a:

Riservato al Creditore

Mandato per addebito diretto SEPA

Riferimento del Mandato (numero polizza)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- A) l'autorizzazione a DARAG Italia S.p.A. a richiedere all'Istituto di Credito del debitore l'addebito del suo conto e
 B) l'autorizzazione all'Istituto di Credito del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da DARAG Italia S.p.A.
 Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio Istituto di Credito 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	
Nome del Debitore*	<input type="text"/> Cognome e Nome/ Ragione Sociale del Debitore
Indirizzo*	<input type="text"/> Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico
Codice Postale - Località*	<input type="text"/> Indicare CAP - Località e Provincia
Paese*	<input type="text"/> Paese
Conto di Addebito*	<input type="text"/> Indicare l'IBAN del titolare del conto di pagamento
SWIFT BIC**	<input type="text"/> Presso l'Istituto di Credito: indicare il codice SWIFT BIC
Codice Fiscale*	<input type="text"/> Inserire il Codice Fiscale
Codice Identificativo del Creditore*	IT94ZZZ0000010042300151 Creditor Identifier

Dati del soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento	
Nome*	<input type="text"/> Cognome e Nome/ Ragione Sociale
Indirizzo	<input type="text"/> Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico
Codice Postale - Località	<input type="text"/> Indicare CAP - Località e Provincia
Paese	<input type="text"/> Paese
Codice Fiscale*	<input type="text"/> Inserire il Codice Fiscale

Tipo di pagamento: Ricorrente

Luogo e data di sottoscrizione*

Firma/e*

Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dal proprio Istituto di Credito.

* I campi contrassegnati sono obbligatori.

** Campo obbligatorio da utilizzare solo per conti correnti esteri.

Restituire il Modulo compilato a:

Riservato al Creditore