

DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE E INDIRIZZO DELL'AZIENDA CREDITRICE
**SOCIETA' ITALIANA DI
 MEDICINA GENERALE**
VIA DEL PIGNONCINO 911-50142 FIRENZE
 N. Telex **055700027** N. Fax **0557130315**

ALLA BANCA
 FILIALE DI _____ AGENZIA N. _____
 INDIRIZZO _____

**AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO
 PER RICHIESTE DI INCASSO**

MOTIVO INCASSO
QUOTA SIMG

NUMERO MASSIMO PAGAMENTI	IMPORTO MASSIMO PER PAGAMENTO	DATA PRIMO PAGAMENTO	DATA ULTIMO PAGAMENTO

da compilarsi facoltativamente

(Riservato all'Azienda Creditrice)

AZIENDA CREDITRICE	(*)	CODICE DEL DEBITORE ASSEGNATO DALL'AZIENDA CREDITRICE
0012854		

(Riservato all'Azienda di Credito)

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ADDEBITARE			
CIN	AZ. DI CREDITO	SPORTELLO	CONTO

INTESTAZIONE E INDIRIZZO DEL DOCUM./RAPPORTO DI DEBITO (1) (2)

(C.A.P.)

DATI IDENTIFICATIVI DEL DOCUMENTO/RAPPORTO DI DEBITO

INTESTAZIONE E INDIRIZZO DEL CONTO DA ADDEBITARE (1)

(C.A.P.)

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTO

ADESIONE

_____ sottoscritt _____ autorizza _____ la Banca a margine a provvedere alla estinzione dei documenti di debito (fatture, ricevute, bollette, ecc.) emessi dall'Azienda creditrice sopra citata, addebitando il conto sopraindicato ed applicando le condizioni indicate nel foglio informativo analitico posto a disposizione del correntista e le norme a tergo previste per il servizio senza necessità per la Banca, di inviare la relativa contabile di addebito. Dichiaro _____ di essere a conoscenza che la Banca assume l'incarico dell'estinzione dei citati documenti, **che l'Azienda creditrice invierà direttamente al debitore**, prima della scadenza della obbligazione, a condizione che, al momento del pagamento, il conto sia in essere ed assicurati disponibilità sufficienti e che non sussistano ragioni che ne impediscano l'utilizzazione. In caso contrario la Banca resterà esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità inerente al mancato pagamento ed il pagamento stesso dovrà essere effettuato alla Azienda creditrice direttamente a cura del debitore.

Prend _____ altresì atto che la Banca si riserva il diritto di recedere in ogni momento dal presente accordo.

Prend _____ pure atto che ove intenda _____ eccezionalmente sospendere l'estinzione di un documento di debito, dovrà _____ dare immediato avviso alla Banca in tal senso entro la data di scadenza o, nei casi previsti, entro la data limite di pagamento.

Per quanto non espressamente richiamato, si applicano le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi".

In ogni caso riconosco _____ rata e valida ogni variazione dei codici di utenza eseguita d'ufficio dall'Azienda di credito in relazione a cambi di numerazione disposti dall'Azienda creditrice.

(sottoscrizione de _____ correntist _____)

In deroga al terzo comma si conviene che _____ sottoscritt _____ può/possono riservarsi il diritto di chiedere alla Banca lo storno dell'addebito entro _____ giorni lavorativi (max 5) dalla scadenza dell'obbligazione.

_____ sottoscritt _____ all'uopo dichiara _____ che tale deroga è stata concordata con la Società creditrice.

(sottoscrizione de _____ correntist _____)

REVOCA

_____ sottoscritt _____ revoca _____ l'autorizzazione permanente di addebito sul conto in oggetto, aperto presso di Voi, dei documenti di debito emessi dall'Azienda creditrice sopra citata.

(sottoscrizione de _____ correntist _____)

(vedere condizioni a tergo)

(*) Valori ammessi 1 = utenza, 2 = matricola, 3 = codice fiscale, 4 = codice cliente, 5 = codice fornitore, 6 = portafoglio commerciale, 9 = altri.
 (1) Se non già precompilato, questo campo va compilato a cura del cliente-debitore.
 (2) Se trattasi di "UTENZA" deve essere indicato l'indirizzo della stessa, in particolare se diverso dal domicilio del relativo intestatario.