CASSA NAZIONALE ASSISTENZA
MALATTIE PROFESSIONISTI
ARTISTI E LAVORATORI AUTONOMI

Società di Mutuo Soccorso L. 3818/1886
Mutua Sanitaria Integrativa del SSN
Iscritta all'Anagrafe Fondi Sanitari Ministero
della Salute D.M.S. 31.03.2008 / 27.10.2009
Ente Terzo Settore ETS - Non profit

CAMPA
Mutua Sanitaria Integrativa

Via L. Calori 2/G - 40122 Bologna
T. 051 230967 - 269967 - F. 051 6494012
info@campa.it - www.campa.it
C.F. 80049250378 - Iscr. R.E.A. CCIAA BO n. 134065
Iscriz. Albo Soc. Coop Sezione SMS n. C.100301
Aderente fimiv Federazione Italiana Mutualità
CONFCOOPERATIVE SANITÀ CONSORZIO MU.SA.

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

RIFERIMENTO MANDATO*	(*Nome e/o Logo del Creditore*)
(da completare a cura del Creditore)	

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Debitore*			
Indirizzo* (Via/C.so/P.zza/Largo)		N°	
CAP*		Località*	
Provincia		Paese	
Titolare del Conto Corrente* (*Indicare l'IBAN*)			
Presso il PSP		Codice SWIFT (BIC)	

Codice Fiscale/Partita IVA del Debitore*	

Ragione Sociale del Creditore*	CAMPA		
Codice Identificativo del Creditore *(Creditor Identifier)*			
Sede Legale (Via/C.so/P.zza/Largo) *	VIA LUIGI CALORI	N°	2/G
CAP*	40122	Località*	BOLOGNA
Provincia	BO	Paese	ITALIA

Il sottoscritto Debitore autorizza

- Il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato*
  - ☐ addebiti in via continuativa
  - ☐ un singolo addebito
- il PSP ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore

Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.

_____ , _____

Luogo Data*

_____

Firma del debitore*

* i campi indicati con un asterisco sono obbligatori

N.B.: i diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP