SU DI TE POSSIAMO CONTARE

Stampa, compila e spedisci questo modulo a:
Progetto Continenti, Piazza Sidney Sonnino 13 - 00153 Roma o via fax al numero 06.5806455 per autorizzare l'Associazione all'addebito diretto SEPA Core sul tuo conto corrente bancario, per la somma e secondo le modalità da te scelte. Potrai revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento.

DESIDERO DARE IL MIO CONTRIBUTO PER:

☐ donazione di € __|__|__|__,|__|__| (_____/00)
(IN CIFRE) (IN LETTERE)

per il Progetto/Sostegno a Distanza_____

☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

DATI RELATIVI AL DEBITORE / DONATORE

Nome(*)_____

Cognome(*)_____

Ragione sociale(*)_____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____Prov. ____

Paese_____Tel. _____

e-mail _____

Cod. Fiscale/Part.IVA (*) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

IBAN (*):

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

Banca _____

DATI RELATIVI AL SOTTOSCRITTORE (da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome_____Cognome_____

Ragione sociale_____

Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Il sottoscritto dichiara di essere titolare del conto sopra indicato ed autorizza l'Associazione Progetto Continenti a disporre l'addebito in modo ricorrente, secondo le modalità di incasso previste per il servizio SEPA CORE, fino a revoca di questa autorizzazione.
Il rapporto con la Banca è regolato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Data (*)_____ Firma (*)_____

DATI RELATIVI AL CREDITORE/ASSOCIAZIONE

Rag.Sociale
del Creditore (*)**PROGETTO CONTINENTI ONLUS**

Codice Identificativo

|_**IT16001000090010410570**_|
(CREDITOR IDENTIFIER)

Sede Legale ___**Via dei Cappuccini 18**_____

CAP__ **02042**__ Località __**Collevecchio** ___**(RI)**

Paese___ITALIA_____

NOTA: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Il sottoscrittore manleva il creditore dall'inviare il preavviso di addebito 14 giorni prima di ogni scadenza.

I CAMPI CONTRASSEGNATI CON ASTERISCO (*) SONO OBBLIGATORI.