

**Riferimento del mandato (da indicare a cura del Creditore)**[illegible]

- Autorizza ALPIFIDI S.C. a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- Autorizza la Banca del Debitore ad eseguire tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da ALPIFIDI S.C.

Nome e Cognome / Rag. Sociale _____

Indirizzo	Via e n. civico
-----------	-----------------

CAP – Città

Recapiti	Tel fisso	Cellulare
----------	-----------	-----------

Mail

PEC

Codice Fiscale

IBAN *del titolare del conto corrente*

Motivazione: COMMISSIONI SU GARANZIE RILASCIATE

Rag. Sociale del Creditore ALPIFIDI Società Cooperativa

Cod. Identificativo <i>(Creditor Identifier)</i>	IT160010000091002410073
--	-------------------------

Sede Legale Avenue du Conseil des Commis, 32 – 11100 AOSTA (AO)

Dati relativi al Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome e Cognome _____

Cod. Fiscale _____	Qualifica _____
--------------------	-----------------

Tipologia di pagamento ☒ **RICORRENTE** ☐ SINGOLO ADDEBITO

Il rapporto è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Sussiste la facoltà di revocare il presente mandato. In caso di tale facoltà, il Debitore sarà tenuto a conferire contestualmente un nuovo mandato SDD-Core o a comunicare al Creditore la nuova modalità di pagamento.

Sussiste la facoltà di chiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, presentando specifica richiesta entro e non oltre 8 (otto) settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luoqo e Data di sottoscrizione

Firma (in originale)

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

COPIA DA RESTITUIRE A: ALPIFIDI S.C. - Av. du Conseil des Commis 32 - 11100 AOSTA