

# Modulo per addebito SDD (ex RID)

Con la sottoscrizione del presente mandato il Donatore:

- ▶ Autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- ▶ Autorizza la Banca del Donatore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (\*) sono obbligatori.

## Dati relativi al Debitore/Donatore

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Rag. Sociale\* \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Codice postale \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale / Part. IVA\* \_\_\_\_\_

IBAN\* \_\_\_\_\_

## Dati relativi al Creditore

Rag. Sociale del Creditore **APURIMAC ONLUS**

Cod. Identificativo **IT 81001 00000 97088690587**

Sede Legale **VIA PAOLO VI, 25**

**ROMA 00193 ITALIA**

## Dati relativi al Sottoscrittore

(da compilare solo nel caso in cui il Sottoscrittore non coincida con l'intestatario del conto)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

## BARRA LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA FORMA DI SOSTEGNO CHE HAI SCELTO

### Importo della Donazione

20 €  50 €  100 € importo libero €

### Periodicità della Donazione

MENSILE  TRIMESTRALE  SEMESTRALE  ANNUALE

### Causale

\_\_\_\_\_

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

Luogo / Data sottoscrizione \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

Invia i dati via fax al numero **06.4542.6512**  
oppure contattandoci telefonicamente al numero **06.45426336**  
[www.apurimac.it](http://www.apurimac.it)