



**MODIFICA O REVOCA
MANDATO DI ADEBITO DIRETTO
SEPA (SDD CORE)**

Con la sottoscrizione del presente modulo il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre la modifica o la revoca di addebito
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati relativi a CASAGIT SALUTE (Creditore)

Rag. sociale del Creditore **Società Nazionale di Mutuo Soccorso dei Giornalisti Italiani "Angiolo Berti"**

Codice Identificativo *CID Creditor Identifier* **IT 3 8 Z Z Z 0 0 0 0 8 0 0 6 5 7 3 0 5 8 4**

Sede Legale **Via Marocco/ 61/ 00144/ Roma/Italia**

Dati relativi al Socio (Debitore) Iscritto al Piano Sanitario Casagit Salute Sicura Salute Serena Salute Attiva Salute Giovane

Nome e Cognome * _____

Indirizzo* _____

Via e N° civico

CAP

Località

Provincia

Luogo e data di nascita* _____

Città e Provincia

Data di nascita

Codice fiscale* _____

Codice fiscale

Codice Casagit

Dati relativi all'Intestatario del Conto di Addebito

(Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui l'intestatario del Conto sia diverso dal Socio Debitore)

Nome e Cognome* _____

Luogo e data di nascita* _____

Città e Provincia

Data di nascita

Codice fiscale* _____ Tipologia pagamento **Ricorrente**

Codice fiscale

Luogo

Data di sottoscrizione

Firma dell'intestatario del conto



Modifica IBAN di Addebito Nuovo

IBAN

Nuovo BIC

Luogo

Data di sottoscrizione

Firma del Socio Debitore



Revoca dell'autorizzazione permanente di addebito

Il sottoscritto _____ a decorrere dal _____

dichiara di voler revocare l'autorizzazione permanente di addebito sull'IBAN

Luogo

Data di sottoscrizione

Firma dell'intestatario del conto

Restituire il modulo debitamente compilato a:

CASAGIT SALUTE Via Marocco 61 00144 Roma

e-mail :

assistenza@mail.casagit.it

* campo obbligatorio