

Compila, scegli uno o più dei sostegni (a, b, c) riportati qui sotto e spedisci il presente modulo ad OIKOS – Piazza Patriarcato, 8 – 33100 UDINE o anticipalo via fax al numero 0432 520803, oppure scansionato via e-mail a [info@oikosonus.net](mailto:info@oikosonus.net). Questa autorizzazione potrà essere revocata in qualsiasi momento tramite dichiarazione scritta alla tua banca.

OIKOS



[www.oikosonus.net](http://www.oikosonus.net)

## Mandato per addebito diretto SEPA core

K	I	M	B	O	N	D	O	S	A	D											
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Riferimento del mandato di OIKOS ONLUS

Con la sottoscrizione del presente mandato il Sostentore:

- autorizza OIKOS ONLUS a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante secondo le norme di incasso del servizio SEPA (ex RID), fino a revoca di questa autorizzazione;
- autorizza la Banca del Sostentore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite da Oikos.

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

### Dati relativi al Sostentore

<b>Nome e Cognome / Rag. Sociale*</b>																									
	Nome del/i Sostentore/i																								
<b>Indirizzo*</b>	Via e N° civico	Codice postale																							
	Località	Paese																							
<b>Cod. Fiscale/Part. IVA*</b>	Cod. Fiscale / Part. IVA del Sostentore																								
<b>IBAN*</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								
	IBAN del titolare del conto corrente																								

### Dati relativi all'intestatario del conto corrente bancario

<b>Nome e Cognome / Rag. Sociale*</b>	ORGANIZATION FOR INTERNATIONAL KOOPERATION AND SOLIDARITY	
	Nome dell'intestatario del conto corrente	
<b>ID Creditore*</b>	IT410010000094092400301	
<b>Codice Sia*</b>	B4LQ9	
<b>Sede Legale*</b>	C/O Studio Repetti, Piazza Patriarcato, 8	33100
	Via e N° civico	Codice postale
	Udine	Italia
	Località	Paese

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

<b>Nome e Cognome / Rag. Sociale*</b>	
<b>Cod. Fiscale/Part. IVA*</b>	

### Tipologia di pagamento \*

- a )** Quota annuale da versare: **360,00 €** - Garantisci l'alimentazione necessaria e le cure igieniche a più di 100 bambini della Pediatria.
- b )** Quota annuale da versare: **300,00 €** - Garantisci la presenza di educatrici che possano seguire ed educare più di 100 bambini della Pediatria.
- c )** Quota annuale da versare: **180,00 €** - Garantisci l'igiene della struttura pediatrica e contribuisci a migliorare la salute di più di 100 bambini.

### Scegli la periodicità\*

Mensile     Trimestrale     Semestrale     Annuale

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Sostentore con la Banca stessa. Il sottoscritto Sostentore 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 di sottoscrizione\*** \_\_\_\_\_

**Firma/e\*** \_\_\_\_\_

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