SUMS
SOCIETÀ UNIONE MUTUO SOCCORSO
REPUBBLICA SAN MARINO

Autorizzazione pagamento quota Sociale Annua

Il sottoscritto…… …….. Codice I.S.S……
cognome *nome*

nato a ……..……..il…….……età…….

residente ☐☐☐☐☐……Via……N°…….
COD. AVVIAMENTO POSTALE E LUOGO DI RESIDENZA

tel…….cell…….e-mail……

Autorizza La Società Unione Mutuo Soccorso all'addebito della quota sociale annua sul C/C bancario COORDINATE IBAN*:

PAESE	CIN INT	CIN NAZ	ABI	CAB	N. CONTO

*I dati possono essere richiesti alla propria banca,
Si consiglia di allegare una copia del codice IBAN stampata dalla Banca per evitare errori

Intestato a ……
nome dell'intestatario del conto corrente

presso …….. Agenzia di……
nome istituto bancario

Data Firma

Per autorizzazione consegnare l'originale personalmente alla propria BANCA e una copia alla SUMS.

Orario ufficio SUMS: Lunedì e Giovedì dalle ore 9.00 alle 12.00 tel e fax 0549 991434
e-mail: info@sums.sm