

MODULO RICHIESTA DI ACCREDITO BANCARIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
 a _____, residente nel comune di _____
 _____ via/piazza _____ n. _____
 indirizzo mail _____
 recapito telefonico _____
 quale medico convenzionato per l'attività di _____

CHIEDE

che lo stipendio e ogni altro emolumento dovuto venga accreditato sul proprio c/c sotto indicato:

Istituto di Credito _____
 Agenzia/Filiale di _____ n. _____ via/piazza _____
 Comune di _____ (FI)

Azienda USL Toscana centro



COORDINATE IBAN :

Codice Paese 2 caratteri	CHECK DIGIT 2 caratteri	CIN 1 carattere	ABI 5 caratteri	CAB 5 caratteri	Conto Corrente 12 caratteri

Il sottoscritto/a dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di attestazioni mendaci, di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, che il suddetto c/c è a lui/lei intestato.

Lo/La scrivente esula da ogni responsabilità l'Azienda USL Toscana Centro ed ESTAR per qualsiasi inconveniente derivante dal citato accredito.

Il presente mandato è valido fino a revoca dello/a scrivente e sostituisce ed annulla il precedente mandato conferito a Codesta Azienda.

Data _____

Firma _____

Direttore
 Area Personale
 Convenzionato
 Dr. Dino Ravaglia

Direttore
 SOSD Gestione operativa
 del personale
 convenzionato
 Drssa Francesca Montaini

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'