ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA
Via Guglielmo Nicastro, 50 - 97100 Ragusa
Tel. 0932.641366 - Fax 0932.254640 - email: info@ordinemdiciragusa.it

OGGETTO: Tassa annuale di iscrizione all'Albo.
Responsabile del procedimento: Dr. Giovanni Campo

Iscritti agli Albi professionali
Indirizzi email

Cari colleghi,
con la presente vi ricordo le Tasse di iscrizione all'Albo per l'anno 2020, differenziate sulla base dell'età anagrafica nel modo seguente:

1) Tassa annuale per gli iscritti agli Albi di età uguale o inferiore (nel 2020) ad anni 30: € 110,00;
2) Tassa annuale per gli iscritti agli Albi di età uguale o superiore (nel 2020) ad anni 75: € 110,00;
3) Tassa annuale per gli iscritti infra 30/75 anni: € 130,00;
4) Tassa annuale per gli iscritti ad entrambi gli Albi (doppi iscritti: Medici e Odontoiatri) infra 30/75 anni: € 237,00;
5) Tassa annuale per gli iscritti ad entrambi gli Albi (doppi iscritti: Medici e Odontoiatri), di età uguale o superiore ai 75 anni: € 194,00

I colleghi che, per pagare la tassa di iscrizione all'Albo, vogliono utilizzare il sistema di addebito diretto in conto, sono pregati di compilare il modulo allegato e di consegnarlo alla Segreteria dell'Ordine **entro e non oltre il 14 Febbraio 2020, debitamente firmato, allegando fotocopia del documento di riconoscimento.**

L'Autorizzazione all'addebito diretto vale anche per gli anni successivi, fino a revoca.

Coloro che alla data del **15 Febbraio 2020**, non hanno inviato il modulo saranno inseriti nei Ruoli di Riscossione Sicilia e riceveranno il bollettino di conto corrente come negli anni passati.

Cordiali saluti.

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI RAGUSA

IL PRESIDENTE

(Dott.ssa Rosa Giaquinta)

Ordine dei Medici e Odontoiatri Provincia di Ragusa
Cod. IPA: opdmc_rg, Cod. AOO: AOO_01, Id Registro: RP, Nr. Protocollo: 0000091 del 13/01/2020 -U-

BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA
GRUPPO BANCARIO BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA

Autorizzazione per l'addebito diretto SEPA

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione a ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONT. RAGUSA a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da DOTT.
Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto
I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Nome del debitore *I *Name of the debtor* *
DOTT.

Via / Numero civico* / *Street name and number**

Codice Fiscale / Partita Iva Debitore* / *NIN or VAT Number of the debtor**

CAP / Località *I *Postal code City** | Paese* / *Country**

Numero di conto del Debitore (IBAN)* / *Account Number (IBAN)** | SWIFT* / *BIC **

Nome del creditore* / *Creditor's name**
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA

Codice ident.vo del creditore* / *Creditor identifier **

Via / Numero civico* / *street name and number**
VIA GUGLIELMO NICASTRO N. 50

CAP / Località* / *Postal code City** | Paese* / *Country**
97100 | RAGUSA

Tipo pagamento* / *Type of payment**

[X] Ricorrente / *Recurrent* o [ ] Singolo / *One-off*

Data sottoscrizione originaria* / *Date of signature** | Firma / timbro del cliente* / *signature and stamp**

Data / *date** (ddmmyyyy)*

Luogo* / *City**

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

COPIA BANCA