**ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA SAMMARINESE**
**(AIS)**

**c/o** Consulta delle associazioni e cooperative culturali sammarinesi
Via Cà dei Lunghi, 132 47893 Borgo Maggiore Rep .San Marino **C.O.E SM 19628**

# R.I.D Autorizzazione Permanente di Addebito in C/C

**ORDINANTE: Io Sottoscritto/a**

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Località _____ n° Tel. _____

in qualità di Socio ☐EFFETTIVO☐ SOSTENITORE Tessera N° _____

Vi autorizzo a chiedere l'addebito automatico (RID) dal C.C. IBAN:

| S | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

*ABI* *CAB* *Numero C.C*

di € | | | | . | | | | . | # | 3 | 0 | , | 0 | 0 | importo in lettere *Trenta/00*

acceso presso la Banca _____ Filiale di _____

intestato a _____

quale quota annuale di tesseramento dell'Associazione Infermieristica Sammarinese, dall'anno _____, in quanto per l'anno in corso l'interessato ha pagato in contanti.

---

**BENEFICIARIO:**
**Anagrafica** ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA SAMMARINESE
**Indirizzo c/o** Consulta delle associazioni e cooperative culturali sammarinesi
Via Cà dei Lunghi, 132 47893 Borgo Maggiore

**C.C IBAN BENEFICIARIO:**

| S | M | 7 | 0 | W | 0 | 6 | 0 | 6 | 7 | 0 | 9 | 8 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 | 0 | 4 | 3 | 6 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Presso la Cassa di Risparmio di San Marino filiale di Cailungo.**

**N.B: La successiva quota (annuale), dovrà essere addebitata, negli anni successivi, entro il mese di aprile, salvo revoca dell'interessato/a.**

San Marino, lì _____

Firma del/la richiedente

_____