

MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL BONIFICO BANCARIO

Il presente modulo autorizza Advita Ortho a trasferire elettronicamente i pagamenti e ad apportare modifiche alla banca o all'istituto finanziario. Advita Ortho vi fornirà una conferma di eventuali trasferimenti o modifiche.

TUTTE LE INFORMAZIONI DEVONO ESSERE FORNITE PER RICEVERE IL PAGAMENTO

All'attenzione di: Accounts Payable
Advita Ortho
2320 NW 66th Court
Gainesville, FL 32653

Email: hcp.consulting@advita.com
accountspayable@advita.com

Campi Obbligatori*

Nome dell' individuo, societa' o organizzazione *			
<i>NOTA: Il nome di cui sopra deve corrispondere ESATTAMENTE al nome che appare sul vostro conto bancario. Se il nome di cui sopra non corrisponde esattamente al nome sul vostro conto bancario, la banca non puo' eseguire il trasferimento sul vostro conto.</i>			
Indirizzo postale*:			
Citta' *:	Paese*:	Codice postale*:	
Indirizzo Email *:		Numero di telefono * (La banca richiede il numero di telefono per il trasferimento)	
Indirizzo Email personale (opzionale):			
INFORMAZIONI BANCARIE			
Nome della banca*:		Numero di telefono della banca :	
Indirizzo della banca*:			
Numero del conto*:			
Numero IBAN *:			
Codice SWIFT*:			
Tipo di conto:	☐ Corrente	☐ Risparmio	☐ Altro
Valuta di preferenza: Si prega di confermare che la vostra banca accetti trasferimenti nella valuta selezionata prima dell'invio. **** La selezione della valuta è soggetta all'accettazione da parte dell'istituto finanziario ****			
☐ USD	☐ ARS	☐ AUD	☐ BRL
☐ CAD	☐ CHF	☐ EUR	☐ GBP
☐ JPY	☐ KRW		
ALTRO _____ (si prega specificare)			
Firma per l'autorizzazione*:			Data:
Advita Ortho deve essere informata per iscritto di qualsiasi modifica o chiusura del conto bancario con un minimo di 30 giorni di anticipo. Si prega di fornire queste informazioni all'indirizzo di cui sopra. Se il cambiamento coinvolge una nuova banca o istituzione finanziaria, o un altro numero di conto, deve essere presentato un nuovo modulo di autorizzazione al trasferimento bancario. I pagamenti possono essere ritardati in attesa di ricevere il modulo di autorizzazione. Se sono necessarie ulteriori informazioni, si prega di contattare via e-mail a: accountspayable@advita.com . Firmando il presente modulo e fornendo i propri dati personali, l'utente autorizza espressamente Advita Ortho a trattare e trasferire i suddetti dati personali nella misura necessaria per emettere il pagamento relativo ai servizi forniti ad Advita Ortho.			