

# AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

## PIO ISTITUTO ELEMOSINIERE - ALBERTONE DEL COLLE

### Dichiarazione di pagamento

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_,

### D I C H I A R A

**DI IMPEGNARSI AI PAGAMENTI** mensili delle rette maturate dal/dalla Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_ ospite di questa Asp dal \_\_\_\_\_ e  
comunica che la **FORMA DI PAGAMENTO SCELTA** è la seguente:

- bonifico bancario mensile sul conto corrente di tesoreria dell'Asp presso Monte dei Paschi di Siena – F.le di Venzone, - **IBAN: IT05H0103064380000001336621** ;
- bonifico permanente sul conto corrente di tesoreria dell'Asp presso Monte dei Paschi di Siena – F.le di Venzone, - **IBAN: IT05H0103064380000001336621** ;
- autorizzazione all'Azienda al prelievo mensile presso l'Istituto bancario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice IBAN \_\_\_\_\_;
- versamento con bollettino postale su c/c n. **15547334** intestato a "Azienda pubblica di servizi alla persona Pio Istituto Elemosiniere A. del Colle";

IL DICHIARANTE

Venzone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allega fotocopia di un documento d'identità.**