

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.