PROVINCIA DI SALERNO

C.d.R Trattamento Economico e Previdenziale

PAGAMENTO DELLA RETRIBUZIONE PRESSO BANCA O ISTITUTO DI CREDITO

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome	
	Nome	

C.F.		Residente in	
CAP		Via /p/za e numero	

CHIEDO L'ACCREDITO IN VIA CONTINUATIVA DELL'IMPORTO DELLA RETRIBUZIONE

N. MATRICOLA					
SUL PROPRIO CONTO CORRENTE BANCARIO					
Paese	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)	AGENZIA (CAB)	NUMERO CONTO

IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali. Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le su riportate caselle

N.B. Ai fini di poter effettuare l'accreditamento, La preghiamo di riempire tutti i campi di cui sopra sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato dalla banca, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es-* .,:;/). In particolare il numero di conto corrente bancario dovrà obbligatoriamente essere in 12 caratteri.

Luogo e data ____________________________ Firma del richiedente

____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento della retribuzione.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto/a si impegna a tenere indenne la Provincia di Salerno da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento

Luogo e data ____________________________ Firma del richiedente

____