Modalità di consegna:
- Pec: asugi@certsanita.fvg.it
- A mano presso l'ufficio Protocollo dell'ASUGI.
- Raccomandata AR

Spett.le
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
SS Area Farmaceutica Territoriale
Via Costantino Costantinides, 2
34128 TRIESTE (TS)

COMUNICAZIONE PER LA VARIAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE

Il sottoscritto/a …….……..nato/a il …...……a ……
Codice Fiscale: ……...……residente in……
Provincia…….CAP……..……..Via/Piazza……..……n°……
in qualità di:

☐ Titolare individuale della Farmacia (Codice Regionale n…….…..):

_____

☐ Legale rappresentate della Società di Farmacia (Codice Regionale n….……..):

_____

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000;
- informato che i dati resi sono prescritti dalle disposizioni vigenti per il procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente al fine di verificare la corrispondenza tra il codice IBAN e la titolarità del conto corrente;
- autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente per scopi connessi all'attività d'ufficio, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs 101/2018(decreto Privacy).

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

a) che per il pagamento della Distinta Contabile Riepilogativa e delle fatture viene indicata la seguente modalità: Bonifico bancario sul conto corrente intestato a:

……..

CODICE IBAN:

BANCA……..

Agenzia/Filiale di …….....

b) che il codice IBAN sopra indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito;
c) di essere consapevole che l'ordine di pagamento da parte dell'ASUGI si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario identificato dal codice IBAN sopra riportato;
d) di comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati sopra rappresentati, fornendo, contestualmente, l'aggiornata certificazione rilasciata dall'Istituto di credito.

Si allega fotocopia:
- del documento d'identità, in corso di validità
- della dichiarazione dell'Istituto di credito

Firma del dichiarante

Data_____ _____

_____