Pagamento del TRATTAMENTO DI FINE SERVIZIO presso Poste Italiane S.p.A

Io sottoscritto/a

Dati anagrafrici	**Cognome**																							
	Nome																							

C.F.																	**Residente in**	
cap.						**Via/P.zza.**												
Iscrizione numero																		

CHIEDO L'ACCREDITO DELL'IMPORTO DEL TRATTAMENTO DI FINE SERVIZIO

Conto Banco Posta

COORDINATE IBAN

(Il Codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoposte. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

Io sottoscritto titolare del conto corrente postale autorizzo Poste Italiane a prelevare d'ufficio e/o a restituire i ratei mensili di pensione se non più dovuti per il decesso del pensionato o per altra causa e autorizzo Poste Italiane a stornare dal conto, su richiesta della sede Inpdap pagante e nei limiti di tale richiesta, le eventuali somme indebitamente accreditate, sollevando Poste Italiane da ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno comunque essere aggiornate dall'Istituto al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze qualora Poste Italiane S.p.A. comunichi la modifica delle coordinate che identificano lo sportello segnalato dal beneficiario. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino della pensione inviato al beneficiario.