



IMPEGNO DI PAGAMENTO CON POS EVENTO ECM

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

C.F. _____ indirizzo PEC _____

Indirizzo mail _____
(di seguito "debitore")

PREMESSO

Che il sottoscritto ha fatto richiesta di partecipazione all'evento formativo ECM proposto ed accreditato da Ordine delle Professioni Infermieristiche di Alessandria, C.F. 80006900064, con sede in Via Michelangelo Buonarroti 16, 15121 Alessandria (di seguito "creditore"),

dal titolo _____ e data di svolgimento il _____

e che tale evento prevede il pagamento di una quota di iscrizione di euro _____ (di seguito "debito").

TUTTO CIO' PREMESSO

- Il debitore riconosce l'esistenza del debito contratto con il creditore di un importo di euro _____;
- si impegna a restituire al creditore la somma di euro _____ attraverso POS (bancomat), il giorno _____, data di svolgimento dell'evento.

€ Sono consapevole che nel caso in cui, senza il necessario preavviso (*vedi termini e condizioni*), non mi presentassi il giorno previsto, dovrò comunque versare tale somma (senza penali) entro i 10 giorni successivi attraverso le seguenti modalità:

- **Conto corrente postale:** n° 24796146 intestato a Ordine Professioni Infermieristiche Alessandria indicando come causale: cognome e nome, titolo evento ecm
- **Bonifico bancario:** IT 19 V060 9010 4000 0000 1000 930 intestato a ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di Alessandria

indicando come causale: cognome e nome, titolo evento ecm.

Dopo tale data alla somma dovranno essere aggiunti euro 5,00 (*cinque*) ogni 30 giorni di ritardo quale penale e che qualora la somma non venga corrisposta entro la data 31/01 dell'anno successivo al debito, tale debito (più le penali maturate) verrà aggiunto alla quota associativa.

Alessandria, _____

Cognome nome _____

Firma _____