Mutua del Credito Cooperativo
ABRUZZESE SALUTE

Socio Sostenitore
BCC Credito Cooperativo Abruzzese Cappelle sul Tavo

Banca aderente al Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea

CAMBIO CONTO CORRENTE DI RIFERIMENTO

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO SU C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a…….. autorizza la Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* ad addebitare gli importi dovuti sul conto corrente di seguito riportato, in sostituzione di quello precedentemente comunicato:

C/C N° …… presso l'Istituto di Credito ……..……...

sportello di……..

IBAN:

I	T																											
Paese		Cin IBAN		Cin	ABI					CAB					Numero Conto													

_____ lì _____

Firma

_____

Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla privacy, l'erogazione di gran parte delle prestazioni e dei servizi della Mutua richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali alle categorie di soggetti di seguito specificate:

- Soggetti che svolgono lavorazioni contabili
- Soggetti che gestiscono l'organizzazione della compagine sociale
- Soggetti che organizzano le iniziative statutariamente previste

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

alle predette comunicazioni e correlato trattamento dei miei dati. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni e il correlato trattamento dati.

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei mie dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute o dei miei famigliari in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione e società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi da me richiesti.

Per quanto riguarda l'eventuale comunicazione da parte della Mutua dei miei dati anagrafici e di contatto a società di rilevazione della qualità delle prestazioni della Mutua

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte della Mutua dei miei dati ai fini di informazione commerciale, ricerche di mercato ed offerte di prodotti della Mutua o di società terze. Per tale attività i dati verranno trattati e conservati massimo 2 anni

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data Firma

_____, lì ___/___/_____ _____