



ISTITUTO SUORE DOMENICANE SS. ROSARIO  
CASA DI RIPOSO "OASI DOMINICANA"

## *DATI BANCARI*

### DATI BANCARI PER ATTIVAZIONE RID PAGAMENTO FATTURA MENSILE DEGENZA OSPITE

NOME COGNOME INTESTATARIO C/C .....

Residente in ....., Cap ....., prov .....

Codice fiscale .....

BANCA D'APPOGGIO ..... Fil .....

CITTA' .....

CODICE IBAN .....