



Bonifico

Dati della disposizione

Data spedizione **23/01/2023 13.59.43**
Data ricezione banca
Importo **4.504,11**
Data esecuzione
Data accredito banca
Richiesta urgente **No**
Descrizione **Pagamento corrispettivo al fine di eliminare i vincoli di proprietà insistenti sugli immobili convenzionati**

Dati del beneficiario

IBAN **IT79E0503470731000000000131**
Codice BIC
Banca **BANCO BPM S.P.A.**
Denominazione **Comune di porto azzurro**
Cod. Fisc./P.IVA
Località
CAP
Indirizzo
Numero Carta Tasca

Dati relativi all'ordinante

Conto n. **07048 70740 000000005185**
Cod. Fisc./P.IVA **GNGLCU76B06I726D**
Denominazione **STUDIO ODONTOIATRICO DR. DI GA**
Indirizzo **VIALE EUROPA N.40**
Località **PORTO AZZURRO LI**
Autorizzata da
Spedita da **GANGEMI LUCA**

Stato della disposizione

Esito **Eseguita**
Data esecuzione **23/01/2023**
Data contabile
Data esecuzione banca **23/01/2023**
Data addebito
Importo commissioni **0,50**
Num. operazione **000014505831408**
CRO **0704800083465503487074070730IT**

