**Informazioni sul Professionista Sanitario**

Le informazioni sotto riportate sono state da Lei fornite a Lilly. La invitiamo a correggere a mano eventuali omissioni e/o errori modificando direttamente il presente modulo.

**Dettagli di pagamento**

|  |  |
| --- | --- |
| BENEFICIARIO: | *<<Payee\_MERC\_Name>>* |
| INDIRIZZO: | *<<Payee\_MERC\_Payee\_Street\_MERC>> - <<Payee\_MERC\_Payee\_Zip\_Postal\_Code\_MERC>> - <<Payee\_MERC\_Payee\_City\_MERC>>* |

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN bancario | <<Payee\_MERC\_Bank\_IBAN\_MERC>> |
| Codice BIC/SWIFT: | <<Form\_BICNumber>> |
| Nome Banca: | <<Payee\_MERC\_Bank\_Name\_MERC>> |

**Informazioni fiscali e di fatturazione (in bianco se non pertinente)**

|  |  |
| --- | --- |
| PARTITA IVA: | <<Payee\_MERC\_VAT\_ID\_MERC>> |
| CODICE FISCALE | <<Payee\_MERC\_Tax\_Id\_MERC>> |