

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA - CORE
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden domiciliación: DOMICILIACIÓN CUOTAS COLEGIALES

Mandate referencie

Identificador del acreedor: COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLON

Nombre del acreedor / Creditor's name

Q1200266 C

Dirección / Address

C/ TENERÍAS, 77-BAJO

Código postal – Población- Provincia / Postal Code –City - Town

12003 CASTELLÓN

País / Country

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eighth weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor / es / Debtor's name

(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal – Población – Provincia / Postal Code- City- Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / **Swift BIC** (up to 8 ur 11 characters)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta – IBAN / Account number – IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago:

Type of payment

Pago recurrente

Recurrent payment

o

or

Pago único

One –off payment

Fecha – Localidad:

Date- Location in with you are signing

Firma del deudor:

Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE

Responsable: Colegio Oficial de Dentistas de Castellón; Finalidad: Prestar los servicios solicitados y enviar comunicaciones comerciales; legitimación; Ejecución de un contrato, interés legítimo del Responsable, Consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Agencia Tributaria, Ciudadanos que así lo soliciten, Colegios Profesionales y Registros Mercantiles, Entidades Financieras, Mutualidades y Compañías Aseguradoras; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a lop@addecuo.es o C/ Naturalista Rafael Cisternas, 4, pta. 8 piso 3; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: En la URL de la entidad www.cooecs.es