

Orden de domiciliación adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor/ To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: nº de colegiado en Gipuzkoa _____ <i>Mandate reference</i>
Identificador del acreedor: ES97000Q2066003A _____ <i>Creditor Identifier</i>
Nombre del acreedor/ <i>Creditor name</i> COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE GIPUZKOA/GIPUZKOAKO ERIZAINNTZA ELKARGO OFIZIALA _____
Dirección/ <i>Adress</i> C/MAESTRO SANTESTEBAN 2,1º _____
Código postal-Población-Provincia/ <i>Postal Code-City-Town</i> . 20018-DONOSTIA-GIPUZKOA _____
País/ <i>Country</i> 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 en 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 siguien al 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 part of your right, 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 eight 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/ Debtor _____
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 or 11 characters) _____
Número de cuenta-IBAN (24 CARACTERES) _____
Tipo de pago Type of payment : ☒ Pago recurrente o/ Or ☐ Pago Unico
Fecha Localidad: Date-location in which you are signing _____
Firma del deudor: Signature of the debtor _____

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTOS OBLIGATORIAMENTE .UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACION 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.

SEPA zuzeneko zordunketa helbideratzeko agindua

SEPA Direct Debit Mandate

Hartzekodunak bete beharrekoa / To be completed by the creditor

Helbideratze aginduaren erreferentzia:

Gipuzkoako elkargokide k. _____

Mandate reference: (professional registration number in Gipuzkoa)

Hartzekodunaren

identifikatzailea: **ES97000Q2066003A**

Creditor identification code:

Hartzekodunaren izena / Name of the creditor

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE GIPUZKOA/GIPUZKOAKO ERIZAIN-TZA ELKARGO OFIZIALA

Helbidea/ Address

MAESTRO SANTESTEBAN kalea 2,1.a

Posta kodea-Udalerrria-Probintzia/ Postcode-City-County

20018-DONOSTIA-GIPUZKOA

Herrialdea/ Country

ESPAINIA

Helbideratze agindu hau sinatuz, zordunak hartzekodunari baimena ematen dio: a) zordunaren erakundeari jarraibideak bidaltzeko, betiere, bere kontuan zorduntzeko eta b) erakundeari zordunketak bere kontuan egiteko, hartzekodunaren jarraibideei jarraituz. Bere eskubideak diren aldetik, zorduna legeztatua dago bere erakundeak itzulketa egin diezaion erakundearekin izenpetutako kontratuaren terminoetan eta baldintzetan. Itzulketa eskaera kontuan zordundu osteko zortzi asteren baitan egin beharko da. Eskubideei buruzko aparteko informazioa lor dezakezu zure finantza erakundean.

By signing this mandate form, you authorize (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 of 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 the bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that can be obtained from your bank. Zordunak bete beharrekoa / To be completed by the debtor

Zordunaren izena / Name of the debtor

Zordunaren helbidea / Address of the debtor

Posta kodea-Udalerrria-Probintzia/ Postcode-City-County

Zordunaren herrialdea / Country of the debtor

Swift BIC(8 edo 11 posizio eduki ditzake / Swift BIC (contains either 8 or 11 characters)

Kontu zenbakia -IBAN (24 KARAKTERE)/IBAN number (contains 24 characters)

Ordainketa mota

Type of payment : ☒ Ordainketa errepikaria /Recurring payment edo/or ☐ Ordainketa bakarra/One-off payment

Data Herria: _____

Date and location in which you are signing

Zordunaren sinadura: _____

Signature of the debtor

EREMU GUZTIAK DERRIGOR BETE BEHAR DIRA. HELBIDERATZE AGINDUA SINATU OSTEAN, HARTZEKODUNARI BIDALI BEHAR ZAIO, HARK GORDE DEZAN. All gaps must be filled in. Once this mandate has been signed it must be sent to the creditor for safekeeping.