

ORDEN DE DOMICILIACIÓN ADEUDO DIRECTO SEPA

Emisor o Acreedor: COLEGIO OFICIAL DE AGENTES COMERCIALES DE A CORUÑA	Identificador de Emisor: ES51000Q1573001C
Dirección Emisor: JUAN FLÓREZ, 15-17, 1º.	Código Postal / Localidad: 15004 / A CORUÑA
Referencia única de mandato:	País: ESPAÑA

Deudor:

Mediante la firma de este formulario de orden de domiciliación, autoriza al Colegio Oficial de Agentes Comerciales de A Coruña a que emita los recibos correspondientes a las cuotas colegiales.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor: *																													
Dirección (nombre de la calle y número): *	Tfno. Móvil:																												
Código Postal / Localidad / País: *	E-mail:																												
Número de cuenta – IBAN: *																													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																													
Tipo de pago: *	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente o <input type="checkbox"/> Pago único																												
Fecha / Lugar de firma: *																													
Firma del deudor: * NIF / Nombre																													
Observaciones: Indique si hace el pago en nombre de otra persona, importe máximo autorizado, propósito del adeudo.																													

Por favor, devolver este original firmado al Colegio Oficial de Agentes Comerciales de A Coruña, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera donde domicilia y autoriza los pagos.