

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

DATOS DEL DEUDOR			
Nombre/Name			
Calle/Street		Teléfono	
CP/Postal Code	Ciudad/City	País/Country	
REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACION : CUOTA ANUAL			
AUTORIZACIÓN AL ACREEDOR			
<p>El abajo firmante, autoriza al Colegio Territorial de Administradores de Fincas de Murcia (El Acreedor), con domicilio social en C/ Proclamación, 5 bajo 30002 de Murcia y CIF A3067006A.; a partir de la fecha, a efectuar los adeudos correspondientes a la cuota anual de colegiado en su cuenta siguiendo sus instrucciones. - Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo máximo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise Colegio Territorial de Administradores de Fincas de Murcia (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 8 weeks starting from the date on which your account was debit. Your rights are explained in a statement that you can obtain from y</p> <p>Según lo establecido por el marco legal armonizado: el Reglamento (CE) 924/2009, sobre pagos transfronterizos; la Ley 16/2009, de Servicios de Pago – transposición de la Directiva 2007/64/CE, de Servicios de Pago y el Reglamento (CE) 260/2012, por el que se establecen requisitos técnicos y empresariales para las transferencias y los adeudos domiciliados en euros.</p> <p>Le informamos que sus datos personales están incorporados en nuestros ficheros y son tratados con las finalidades previstas en los estatutos del Colegio, y en concreto para mantener la relación con usted en su condición de colegiado y el cumplimiento de las obligaciones y deberes propios de su condición. Podrá ejercitar en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a nosotros aportando copia de su DNI.</p> <p>El firmante autoriza expresamente a COAFMU a ceder sus datos a la entidad bancaria con la que mantenga relación comercial para el cumplimiento de los fines propios de este documento y al amparo de la normativa citada anteriormente.</p>			
DATOS Y CONFIRMACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA			
IBAN		SWIFT (BIC)	
Tipo de pago/Type of Payment	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente/recurrent	<input type="checkbox"/> Pago único/One-off payment	
<p>Confirma el firmante que tiene poderes suficientes para la firma de la presente autorización.</p>		<p>Firma / del Colegiado: <small>Signature</small></p>	
Localidad y Fecha de la firma:			
<small>Country in which you are signing-Date</small>			

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. ALL GA PS AR E MAN D ATO RY. ON C ETH IS MAN DAT EH AS BE ENSIGN ED M US T BES ENT TO C R ED ITO R FOR S TOR AGE