Colegio Oficial de
Administradores de Fincas
de Galicia

Administrador Fincas Colegiado

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference
Identificador del acreedor : _____
Creditor Identifier
Nombre del acreedor / Creditor´s name
COLEGIO ADMINISTRADORES DE FINCAS DE GALICIA
Dirección / Address
CALLE JUAN FLOREZ Nº 49 2º DCHA
Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
15004 A CORUÑA
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 eigth 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 / Swift BIC

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

Tipo de pago: ***Pago recurrente*** ***o*** ***Pago único***
Type of payment ***Recurrent payment*** ***or*** ***One-off payment***

Fecha – Localidad:

_____
Date - location in which 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.

C/ Juan Flórez 49-2º Dcha 15004 A Coruña Tlfno. 981 126 162 fax 981 126 890 coafga@coafga.org