

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

ACREEDOR

Nombre del acreedor: COLEGIO PROFESIONAL PROTESICOS DENTALES ARAGON

Dirección: C/ Vicente Berdusán, Blq. D-1, Bajos

Código Postal – Población – Provincia: 50010 - ZARAGOZA

País: ESPAÑA

Número de cuenta – IBAN

E	S	4	6	2	0	8	5	5	2	4	9	8	1	0	3	3	0	5	6	0	2	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Conforme a lo indicado en la Ley de Servicios de Pago 16/2009 de 13 de Noviembre, el cliente arriba indicado AUTORIZA al COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE ARAGON con CIF.Q-5000448-J a la domiciliación bancaria de todos los recibos correspondientes a las cuotas colegiales y cursos de formación. Esta autorización rige con carácter indefinido, desde la entrada en vigor de dicha Ley hasta la finalización de las citadas relaciones comerciales. El cliente acepta, con la firma del presente documento, que el plazo máximo de devolución de un efecto será de 4 semanas.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nº COLEGIADO:

Nombre del deudor:

Dirección del deudor:

Código Postal – Población – Provincia:

País del deudor:

Número de cuenta (incluir código IBAN antes del nº de cuenta)

E	S																							
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Fecha – Localidad:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.