

ORDEN DE DOMICILIACIÓN

(New SEPA Direct Debit Mandate)

ACREEDOR	IDENTIFICADOR DEL ACREEDOR: Creditor Identifier	ES81000F29029642
	Nombre del acreedor: Creditor's name	COOPERATIVA DE ENSEÑANZA NTRA SRA DE LOURDES
	Dirección: Address	URB. MIRAVALLE S/N
	Código Postal – Población – Provincia – País Postal code – City – Town – Country	29100 – COÍN – MÁLAGA - ESPAÑA
DEUDOR	IDENTIFICADOR DEL ALUMNO/DEUDOR: (Debtor's name)	
	Dirección: (Address)	
	Código Postal – Población – Provincia – País (Postal code – City – Town – Country)	

Solicito que los próximos adeudos generados sean cargados en la cuenta bancaria proporcionada en el curso anterior. (Future payments will be charged into the bank account previously provided)

Orden de **CAMBIO DE NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE/NUEVA DOMICILIACIÓN** de adeudo directo
(First time/New SEPA Direct Debit Mandate)

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 durante el curso académico 2019/20 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 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 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 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.

Número de cuenta – IBAN / Account number – IBAN	PAIS	D.C.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº DE CUENTA													
	E	S																	

Tipo de pago Type of payment	Pago recurrente recurrent payment	<input checked="" type="checkbox"/>	Pago único One-off payment	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Solicito que la fecha de facturación sea (señalar una de las siguientes opciones): Payment options (mark only one option)	
Del los días 1 a 5 de cada mes (Pay from the 1st to the 5 th day of the month)	Del los días 10 a 15 de cada mes (Pay from the 10th to the 15 th day of the month)

En (Localidad/Town)....., a (Fecha/date) de De 2024.

FIRMADO /
Debtor's signature

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.