

REFERENCIA MANDATO: _____

(12 DIGITOS) A RELLENAR POR DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION



Orden de domiciliación de Adeudo Directo SEPA



Referencia de la Orden de domiciliación – a completar por el acreedor

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza a (A) {NOMBRE DEL ACREEDOR} a enviar órdenes a su banco para cargar su cuenta y (B) a su banco para cargar su cuenta de acuerdo con las órdenes de {NOMBRE DEL ACREEDOR}. Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su banco en virtud de los términos y condiciones del acuerdo suscrito con su banco. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de cargo en su cuenta. Sus derechos se explican en una declaración que podrá solicitar a su banco. Por favor rellene todos los campos marcados *.

Su nombre

*

Your name

Nombre del deudor (o deudores)

Name of the debtor(s)

Su dirección

*

Your address

Calle y número

Street name and number

*

Código Postal

Postal code

*

Ciudad

City

*

País

Country

Su número de cuenta

*

Your account number

Número de cuenta - IBAN

Account number - IBAN

*

SWIFT BIC

Nombre del acreedor

*

Creditor's name

APADIS

Nombre del acreedor

Creditor name

G-28824043

Identificador del acreedor

Creditor identification

*

AVENIDA DE ARAGON 14

Nombre de la calle y número

Street name and number

*

28701

Código Postal

Postal code

*

S.S DE LOS REYES

Ciudad

City

*

ESPAÑA

País

Country

Tipo de pago

* Pago periódico o Pago excepcional
 Recurrent payment or One-off payment

Municipio de la firma

City or town in which you are signing

* Fecha de la firma

Date

* Firma/s

Signatures

Firme aquí

Nota: Sus derechos en relación con la anterior Orden de domiciliación se explican en un extracto que puede solicitar a su banco.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

APELLIDOS / NOMBRE USUARIO:

Marcar con una X el servicio de referencia:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| TRATAMIENTOS Y ACTIVIDADES | <input type="checkbox"/> |
| ATENCIÓN TEMPRANA | <input type="checkbox"/> |
| CENTRO OCUPACIONAL | <input type="checkbox"/> |
| CENTRO DE DÍA | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENCIA AMARILLA / RES CD | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENCIA VERDE / RES TC | <input type="checkbox"/> |
| VIVIENDA COMUNITARIA | <input type="checkbox"/> |
| SERVICIO DE INTERMEDIACIÓN LABORAL | <input type="checkbox"/> |

Por favor devolver a: DPTO. ADMINISTRACIÓN APADIS

Uso exclusivo del acreedor: