


Emisor o Acreedor:		(Logo del Emisor)
Identificador de Emisor: (Código de País+DC+Sufijo+NIF) *		
Dirección Emisor (Nombre de la calle y número) *		
Código Postal/Localidad:*		País: *
Referencia única de mandato: * A completar por el emisor		

Deudor

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

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 de 8 semanas a partir de la fecha de en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor (Persona/Empresa) *	
Dirección (Nombre de la calle y número) *	
Código Postal/Localidad:*	País: *
Número de cuenta adeudo: IBAN*	BIC entidad deudora: *
Tipo de pago: * <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Único	
Fecha /lugar de Firma: *	
Firma (s) *Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias	
NIF /Nombre:	NIF/Nombre:
Nombre y apellidos del alumno/a: *	

Por favor, devolver este original firmado al acreedor, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.

Nota: En su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato.