



SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

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: CUOTA AFILIACIÓN SAE

Mandate reference

Identificador del acreedor: 000G78757721

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Dirección / Address

CALLE TOMÁS LÓPEZ Nº 3 - 2º

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

28009 MADRID

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 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.

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 (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

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

Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:

Type of payment

Pago recurrente

Recurrent 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



Programa de certificación de calidad SAE
SAE Quality Institute

SAE Quality Institute

Identificación del producto: **SAE ATILACION SAE**

Código de producto: **SAE ATILACION SAE**

Nombre del proveedor: **SAE ATILACION SAE**

Dirección: **SAE ATILACION SAE**

Ciudad: **SAE ATILACION SAE**

País: **SAE ATILACION SAE**

El presente documento es propiedad de SAE Quality Institute y no debe ser distribuido fuera de su ámbito de aplicación. Toda reproducción o uso no autorizado quedará sujeta a las acciones legales correspondientes.

Nombre del cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Código de cliente: _____

Fecha de emisión: _____

Fecha de vigencia: _____

Nombre del representante: _____

Cargo del representante: _____

Nombre del cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Código de cliente: _____

Fecha de emisión: _____

Fecha de vigencia: _____

Nombre del representante: _____

Cargo del representante: _____

Este documento es propiedad de SAE Quality Institute y no debe ser distribuido fuera de su ámbito de aplicación. Toda reproducción o uso no autorizado quedará sujeta a las acciones legales correspondientes.