Colegio Oficial de Psicología Castilla y León

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

(SEPA Direct Debit Mandate)

Psicólogo: _____

A cumplimentar por el acreedor

To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: ES49000G47508346
Creditor Identifier

Nombre del acreedor: Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León
Creditor's name

Dirección: Divina Pastora, 6 - Entreplanta
Address

Código postal-Población-Provincia : 47004 Valladolid
Postal Code-City-Town

País: España
Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor (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.

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 accordande 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 reclaimed within eigth 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 debitor

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 deudor / Country of the debtor

_____

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

Número de cuenta –IBAN / Account number-IBAN

IBAN				BANCO				OFICINA				DC		CUENTA								
E	**S**																					

Tipo de pago: Pago recurrente ☒ Pago único ☐
Type of payment Recurrent payment One-off payment

Fecha-Localidad: _____
Date-location in wich you are signing

Firma del deudor:
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOR 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 store

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero COLEGIADOS, cuya finalidad es, gestionar y controlar la relación de profesionales psicólogos afiliados al Colegio, prestando los servicios propios de cualquier Colegio Profesional, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Castilla y León y podrán ser cedidos al Consejo General de Colegios de Psicólogos de España, además de otras cesiones previstas en la Ley. o en su caso al fichero COLEGIADOS PRIVADO, cuya finalidad es la gestión de actividades privadas del Colegio, culturales, sociales, como premios, actividades recreativas, concursos, así como otras actividades de orden privado como puede ser gestión de becas, grupos de trabajo, etc. inscrito en el Registro General de Ficheros de la Agencia Española de Protección de Datos. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Cuesta San Vicente 4 5-6 28008 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.