



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

35 empty boxes for mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.

Identificador del acreedor : E S 6 8 0 0 0 Q 1 4 6 6 0 0 3 I
 Creditor Identifier

Nombre del Acreedor : COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA
 Creditor's Name

Dirección : C/ VELÁZQUEZ BOSCO, 3
 Address

Código Postal –Población : 14003 - CÓRDOBA
 Postal Code- City

Provincia – País : ESPAÑA
 Town-Country

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 : _____
 Name of the debtor(s) (Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Dirección del deudor : _____
 Address of the debtor

Código postal - Población : _____
 Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor : _____
 Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor : _____
 Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN : _____
 Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago : **Pago recurrente**
 Type of payment Recurrent payment

Fecha - Localidad : _____
 Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es Signature(s) of the debtor(s)

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.

AVISO INFORMATIVO RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 13 del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), le informamos de que los datos que nos facilite mediante el presente formulario van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, y tratados con base en el consentimiento del interesado, así como en cumplimiento de una obligación legal, con la finalidad de gestionar el cobro de las cuotas colegiales.

Los datos recabados serán comunicados a Consejo Andaluz de Enfermería, Consejo de Enfermería. Igualmente serán accesibles a la entidad bancaria para la gestión de cobro de cuotas colegiales. Podrán ser accesibles a prestadores de servicios tecnológicos vinculados a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, con los que está establecido el pertinente contrato de tratamiento de datos.

Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la prestación del servicio colegial, y posteriormente, hasta la prescripción de posibles responsabilidades. La no cumplimentación de los datos personales recogidos en el presente documento, impedirá a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA tramitar la domiciliación.

En todo caso podrá, en cualquier momento, revocar el consentimiento otorgado y ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, revocación, oposición, limitación, portabilidad y oposición a decisiones automatizadas, mediante el envío de un correo electrónico a dpo@colegioenfermeriacordoba.com, o por correo postal a C/ Velázquez Bosco nº3, 14003, Córdoba.

Si entiende que sus derechos no han sido atendidos correctamente por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Fdo. _____