|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Orden de Domiciliación de Débito Directo SEPA**  Referencia Única del Mandato | |  |
| Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, Usted autoriza a (A) «sep\_Nombre» a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar su cuenta y (B) a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes de «sep\_Nombre». 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. | | | |
| **Su Nombre** | |  | |
|  | |  | |
| **Su Dirección** | |  | |
| **Nombre de la calle y número** | |  | |
| **Código Postal y Ciudad** | |  | |
|  | |  | |
| **Su Número de Cuenta** | |  | |
| **Banco (Nombre)** | |  | |
| **IBAN** | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Nombre del Acreedor** | | CLUB VOLEIBOL SALOU | |
| **Identificador del acreedor** | | *G-43.551.241* | |
| **Nombre de la calle y número** | | Carrer Mila, 7 | |
|  | |  | |
| **Código Postal y Ciudad** | | 43840 .- SALOU | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Tipo de Pago** | | [ X] Pago recurrente | |
|  | |  | |
| **Lugar y Fecha de Firma** | |  | |
| **Localidad, Fecha** | |  | |
|  | |  | |
| **Firma** | |  | |