COLEXIO "LA PURÍSIMA"
INFANTIL, PRIMARIA E SECUNDARIA
CONCERTADO
Código Centro: 32008707

Hijas de la Caridad
Rúa Santo Domingo, nº 32
32003 OURENSE

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA CORE

Referencia de la orden de domiciliación/ *Mandate Reference*:

DATOS DEL ACREEDOR / *Information of creditor*

Nombre del Acreedor / *Name of the creditor*: **COLEGIO LA PURISIMA**		
Identificador del Acreedor/*Identifier of the creditor:* **ES37000R3200020J**		
Calle/*Street*: **C/ SANTO DOMINGO 32**		
C.P./ *Postal Code*: **32003**	Ciudad/*City :* **OURENSE**	País/*Country:* **ESPAÑA**

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza al acreedor (A) a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y (B) a su entidad financiera para efectuar los adeudos correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista exclusivamente para operaciones de empresa a empresa. Usted no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya adeudado en su cuenta, pero tiene derecho a solicitar a su entidad financiera que no adeude en su cuenta hasta la fecha de vencimiento para el cobro del adeudo.

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 8 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

DATOS DEL DEUDOR / *Information of the debtor* (Consignar los datos del titular de la cuenta)

Nombre/*Name*:		
Calle/*Street*:		
C.P./ *Postal Code*:	Ciudad/*City*	País/*Country:*
Número de cuenta/ *Account number* IBAN: E S		
SWIFT BIC:		
TIPO DE PAGO/***Type of payment***: Periódico/*Recurrent* ☐ Pago único/*One-off payment* ☐		
Localidad en donde se firma/*City or town in which you are signing*: OURENSE	Fecha/*Date*:	
Firma/*Signature*:		

Nombre del/os alumno/s: