

**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 domiciliación:** \_\_\_\_\_  
Mandate reference

**Identificador del acreedor:** G-15121171  
Creditor Identifier

**Nombre del acreedor / Creditor's name**  
ASOCIACION DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

**Dirección / Address**  
C/ DE LAS HUERFANAS, 5

**Código postal – Población- Provincia / Postal Code – City - Town**  
15703 - SANTIAGO DE COMPOSTELA - A CORUÑA

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

\_\_\_\_\_

**Número de cuenta – IBAN / Account number – IBAN**

\_\_\_\_\_

**Tipo de pago:** **Pago Recurrente**  **Pago único**  
*Type of payment Recurrent payment One –off payment*

**Fecha – Localidad:**

\_\_\_\_\_

**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.**

**Responsable:** ASOCIACION DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

**Finalidades:** Gestión y cobro. Cumplimiento de obligaciones contractuales.

**Duración:** 6 años desde que finalizemos la relación contractual.

**Legitimación:** Ejecución de un contrato y consentimiento del interesado.

**Destinatarios:** Tus datos no se cederán a nadie, salvo a las entidades bancarias para llevar a buen fin las operaciones.

**Derechos:** Tienes derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, explicados en la información adicional.

**Información adicional:** anpa.colexiodosremedios.com o C/ DE LAS HUERFANAS, 5, C.P. 15703 de SANTIAGO DE COMPOSTELA