



Fecha de alta: ____/____/____

DATOS PERSONALES

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Nombre _____ Nº D.N.I. _____ Teléfono _____

Teléfono Móvil _____ Correo electrónico _____

Domicilio: C/ _____ Nº _____ Piso _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Localidad _____ Provincia _____

DATOS PROFESIONALES

Profesión _____ Centro de Trabajo _____

Asociaciones a las que pertenece _____

DOMICILIACIÓN Y PAGO DE CUOTAS

IBAN (en hoja anexa – MODELO SEPA)

Cantidad: _____ €

Periodicidad:

Semestral

Anual

AVALISTAS

NOMBRE _____

Firma

NOMBRE _____

Firma

OBSERVACIONES:

*En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero denominado AFILIADOS, titularidad del PARTIDO RIOJANO e inscrito en la Agencia de Protección de Datos, para su tratamiento conforme a la finalidad de los intereses del Partido debidamente informados.
Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, dirigiéndose a: PARTIDO RIOJANO, C/Portales nº 17-1º, 26001 Logroño (La Rioja) - Tfno. 941238199- e-mail: partidoriojano@partidoriojano.es*

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 de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

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

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: _____
Type of payment

Pago recurrente **0** **Pago único**
Recurrent payment *or* *One-off payment*

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

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.