

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A Cumplimentar Por El Proveedor  
 To Be Completed By The Creditor

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

Identificador del proveedor / *Creditor's identifier:* **B81374670**

Nombre del proveedor / *Creditor's name:* **CTO MEDICINA S.L.**

Dirección / *Address:* : **CALLE ALBARRACIN, 34**

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:* **28037 MADRID**

País / *Country:* **ESPAÑA**

**Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el cliente autoriza (A) al proveedor a enviar instrucciones a la entidad del cliente para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del proveedor. Como parte de sus derechos, el cliente 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 su 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 instruction 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 of with your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

Nombre del alumno / *Student's name:*

Nombre del titular de la cuenta / *Account holder's name:*

Dirección del titular de la cuenta / *Account holder's address*

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:*

País del titular de la cuenta / *Account holder's country:*

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago:  Pago recurrente / *Recurrent payment*  Pago único / *One-off payment*

Fecha – Localidad / *Date – location in wich you are signing:*

Firma del titular de la cuenta / *Account holder's signature*

**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 STOGARE.**