

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate



MOD.VOL04.00

Referencia de la orden de domiciliación – A completar por el acreedor

Mandate reference – to be completed by the creditor

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a (A) Ayuntamiento de Cartagena 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 de Ayuntamiento de Cartagena. 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. Por favor rellene todos los campos marcados con *.

By signing this mandate form, you authorise (A) Ayuntamiento de Cartagena to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Ayuntamiento de Cartagena. 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. Please complete all the fields marked *.

Su nombre

Your name

* *
Nombre del deudor - Titular cuenta de cargo *Name of the debtor* NIF NIE

Su dirección

Your address

*
Nombre de la calle y número *Street name and number*
* *
Código postal *Post code* Ciudad *City* Provincia *Town*
* *
País *Country* Teléfono *Phone number*
*
Correo Electrónico *Email*

Su número de cuenta

Your account number

*
Número de cuenta – IBAN *Account number – IBAN* SWIFT BIC

Nombre del Acreedor

Creditor's name

* **Ayuntamiento de Cartagena** **ES23059P3001600J**
Nombre del Acreedor *Creditor's Name* Identificación del acreedor *Creditor identifier*
* **Calle Jara, nº 7 - Ed. San Miguel**
Nombre de la calle y número *Street name and number*
* **30201** * **Cartagena - Murcia** * **España**
Código postal *Post code* Ciudad - Provincia *City - Town* País *Country*

Tipo de pago

Type of payment

* Pago Periódico Pago Único
Recurrent payment *One-off payment*

Localidad donde firma

City or town in which
are signing

* Fecha *
Localidad *Location* Date

Por favor, firme aquí

Please sign here

*

*Nota: Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

Recibos que domicilia:

Impuesto

Nombre del Impuesto o Tasa

KIOSCOS

Número de Recibo

Indíquelo solo si lo conoce

Datos del Recibo

Nº Kiosco, Ubicación

Titular de los recibos : (sólo si es distinto del titular de la cuenta de cargo)

Id.Contrib.	NIF / CIF	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Con la firma de este documento usted se obliga a no ordenar la devolución de el recibo en un plazo superior a 7 días por tratarse de ingreso de derecho público, sujeto por tanto a la LGT y conociéndose el importe previo a su adeudo, renunciando por tanto al derecho contenido en el artículo 34 de la Ley 16/2009 de 13 de noviembre.

EFFECTOS DOMICILIACIÓN : Para su efectividad, deberá presentarse DOS meses antes del inicio del plazo voluntario, después de ésta fecha, no tendrán vigencia hasta el año siguiente.

OBSERVACIONES : Una vez efectiva, se mantendrá la validez de no hacer indicación en contrario el contribuyente, entendiéndose que renuncia a la misma, si no pudieran hacerse efectivos los valores por cualquier circunstancia.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL O.A.G.R.C. PARA SU CUSTODIA.
ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO O.A.G.R.C. FOR STORAGE.