

# Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate



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  
Nombre del Acreedor Creditor's Name Identificación del acreedor Creditor identifier  
\*   
Nombre de la calle y número Street name and number  
\*  \*  \*   
Código postal Post code Ciudad - Provincia City - Town País Country

Tipo de pago \*  Pago Periódico  Pago Único  
Type of payment Recurrent payment One-off payment

Localidad donde firma \*  Fecha \*   
City or town in which are signing 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  I.B.I. NATURALEZA RUSTICA  
Nombre del Impuesto o Tasa  
Número de Recibo   
Indíquelo solo si lo conoce  
Datos del Recibo   
Polígono y Parcela

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.  
EFECTOS 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.