

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

Completar con NIF del deudor  
Complete with debtor's Tax ID

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

**Identificador del acreedor /  
Creditor Identifier:** ES563023 0408 4554 0802 0005

**Nombre del acreedor / Creditor's name:** POLICLINICA LACIBIS S.L.P

**Dirección / Adress:** Plaza Andalucía Edif. Luna Bajo

**Código postal-Población-Provincia /  
Postal code-City- Town:** 29100 COÍN MÁLAGA

**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 8 semanas que siguen a la fecha en que se realizó el 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 8 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.

**Nombre del titular( si es distinto del deudor) / holder's name(if different from debtor) NIF / Tax ID Number**

**Correo electrónico / email address**

**Nombre del titular( titulares de la cuenta de cargo) /  
Debtor's name (bank account holder(s) name(s)) NIF / Tax ID Number**

**Dirección del deudor/ Address of the debtor**

**Código postal - Población - Provincia / Postal code- City - Town**

**País del deudor / Country of the debtor Swift BIC**

**Número de Cuenta - IBAN (en España, 24 carac.) / Account number - IBAN (up to 24 characters for Spanish)**

**Tipo de pago:**  **Pago recurrente**   **Pago Único** **Números de pagos:**  
*Type of payments Recurrent payment One-off payment Number of payments*

**Importe de Cada Pago:** **Descripción del producto/servicio:**  
*Amount of each payment Product/Service Description's*

**Localidad - Fecha / Location - Date 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.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA PÁGINA SIGUIENTE  
PERSONAL DATA PROTECTION DISCLAIMER IN NEXT PAGE