

ENTIDAD BENEFICIARIA:



COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS DE CASTILLA Y LEÓN
 AT-02: ES30001Q4777004E
 Pza. de la Universidad, 7-entrepta. E
 47003 Valladolid
 (Valladolid)

DEUDOR

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al Colegio de Ópticos-Optometristas de Castilla y León, a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta los importes correspondientes a las cuotas colegiales del Colegiado:

Nº colegiado:

Nombre y apellidos:

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

TITULAR DE LA CUENTA:

Nombre/ razón social:

Número de cuenta adeudo IBAN: (24 dígitos)

BIC:

Datos Entidad de crédito:

Banco/ Caja:			
Oficina:			
Dirección:			
Localidad:			
Código Postal:		Provincia:	

Tipo de pago RECURRENTE.

Lugar y fecha de firma:

Firma del titular: