

## 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.

Conforme a lo exigido por el Real Decreto-ley 19/2018, de 23 de noviembre, de servicios de pago y otras medidas urgentes en materia financiera, con la firma de este documento AUTORIZA expresamente a COLEGIO PROFESIONAL DE ÓPTICOS OPTOMETRISTAS DE CASTILLA Y LEÓN, con CIF Q4777004E, para que presente al cobro en la cuenta indicada y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de los servicios prestados por el mismo. Si decide revocar la autorización, rogamos nos lo comuniquen por escrito de manera fehaciente al email [protecciondatos@cgcoo.es](mailto:protecciondatos@cgcoo.es), teniendo en cuenta que los recibos relativos a servicios realizados antes de dicha revocación, aunque éstos no hayan sido emitidos, deberán ser atendidos.

Lugar y fecha de firma:

Firma del titular: