Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

27704/

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o {NOME DO CREDOR} a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS - ASPE.
Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Os seus direitos são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. Preencha por favor todos os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

By signing this mandate form, you authorise the {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF 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. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.*

Identificação do Devedor
Debtor identification

* Nome do(s) Devedor(es) / *Name of the debtor(s)*

Nome da rua e número / *Street name and number*

Código Postal / *Postal code*

Cidade / *City*

País / *Country*

* Número de conta – IBAN / *Account number* - IBAN

* BIC SWIFT / SWIFT BIC

Identificação do Credor
Creditor identification

Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros
Nome do Credor/ *Creditor name*

P T 1 5 1 1 3 8 3 0
Código de Identificação do Credor / *Creditor identifier*

Rua Conselheiro Arala Chaves, nº 8, 1º Frente
Nome da rua e número / *Street name and number*

3880-038
Código Postal / *Postal code*

OVAR
Cidade / *City*

PORTUGAL
País / *Country*

Tipo de pagamento:
Type of payment:

* Pagamento recorrente / *Recurrent payment* X

Local de assinatura:
City or town in which you are signing:

Localidade / *Location*

D D M M A A
* **Data** / *Date*

Assinar aqui por favor:
Please sign here:

***Assinatura** / *Signature*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Relativamente ao Contrato: Nº de Sócio

In respect of the contract:

Número de identificação do contrato subjacente.
Identification number of the underlying contract.

Quota Mensal de Associado da ASPE
Descrição de contrato.
Description of contract.

OBSERVAÇÕES:

IMPORTANTE: Deve juntar comprovativo de IBAN retirado do Multibanco.