

**ORDE DE DOMICILIACIÓ DE CÀRRECS DIRECTES SEPA****ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA
SEPA Direct Debit Mandate****A DADES DEL CREDITOR / DATOS DEL ACREEDOR** (l'ha d'omplir l'Administració / a complimentar por la Administración)

Referència de l'orde de domiciliació <i>Referencia de la orden de domiciliación</i>		Identificació del creditor <i>Identificación del acreedor</i>	ES54020S4611001A
Nom del creditor <i>Nombre del acreedor:</i> GENERALITAT			
Adreça: <i>Dirección:</i> carrer Cavallers 2	Codi postal-població-província: <i>Código postal-población-provincia:</i> 46001-VALENCIA (VALENCIA)		País: ESPANYA

Per mitjà de la firma d'esta orde de domiciliació, el deutor autoritza (A) el creditor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANITAT) a enviar instruccions a l'entitat del deutor per a carregar en el seu compte, i (B) a l'entitat per a efectuar els càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seua entitat en els termes i condicions del contracte que hi tinga subscrit. La sol·licitud de reemborsament haurà d'efectuar-se dins de les huit setmanes que segueixen a la data del càrrec en compte.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANIDAD) a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en 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 ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANITAT) 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.

B DADES DEL DEUTOR / DATOS DEL DEUDOR (ho ha d'omplir el sol·licitant / a complimentar por el solicitante)

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	PAIS DEL DEUTOR PAIS DEL DEUDOR
DOCUMENT D'IDENTITAT DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI NIE PASSAPORT NÚMERO/NÚMERO		NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ FISCAL NÚMERO IDENTIFICACION FISCAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT/LOCALIDAD	PROVÍNCIA/PROVINCIA	TELÈFON / TELEFONO	FAX

C DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS (ho ha d'omplir el deutor / a complimentar por el deudor)

CODI SWIFT BIC (pot contindre 8 u 11 posicions) CÓDIGO SWIFT BIC (Puede contener 8 u 11 posiciones)	<input type="text"/>
NÚMERO COMPTE-IBAN NÚMERO DE CUENTA-IBAN	<input type="text"/>

A Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES / En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

TYPUS DE PAGAMENT TIPO DE PAGO	PAGAMENT RECURRENT/PAGO RECURRENTE	PAGAMENT ÚNIC/PAGO ÚNICO
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------

D FIRMA

El sol·licitant declara que són certes les dades bancàries de l'apartat C que identifiquen el compte corrent del qual és:
El solicitante declara que son ciertos los datos bancarios del apartado C que identifican la cuenta corriente de la que es: titular cotitular.

_____, _____ d _____ de _____

Firma _____

**ORDE DE DOMICILIACIÓ DE CÀRRECS DIRECTES SEPA****ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA
SEPA Direct Debit Mandate****A DADES DEL CREDITOR / DATOS DEL ACREEDOR** (l'ha d'omplir l'Administració / a cumplimentar por la Administración)

Referència de l'orde de domiciliació <i>Referencia de la orden de domiciliación</i>		Identificació del creditor <i>Identificación del acreedor</i>	ES54020S4611001A
Nom del creditor <i>Nombre del acreedor:</i> GENERALITAT			
Adreça: <i>Dirección:</i> carrer Cavallers 2	Codi postal-població-província: <i>Código postal-población-provincia:</i> 46001-VALENCIA (VALENCIA)		País: ESPANYA

Per mitjà de la firma d'esta orde de domiciliació, el deutor autoritza (A) el creditor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANITAT) a enviar instruccions a l'entitat del deutor per a carregar en el seu compte, i (B) a l'entitat per a efectuar els càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seua entitat en els termes i condicions del contracte que hi tinga subscrit. La sol·licitud de reemborsament haurà d'efectuar-se dins de les huit setmanes que segueixen a la data del càrrec en compte.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deutor autoriza (A) al acreedor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANIDAD) a enviar instrucciones a la entidad del deutor para adeudar en 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 deutor 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (GENERALITAT -CONSELLERIA DE SANITAT) 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.

B DADES DEL DEUTOR / DATOS DEL DEUDOR (ho ha d'omplir el sol·licitant / a cumplimentar por el solicitante)

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	PAIS DEL DEUTOR PAIS DEL DEUDOR
DOCUMENT D'IDENTITAT DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI NIE PASSAPORT NÚMERO/NÚMERO		NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ FISCAL NÚMERO IDENTIFICACION FISCAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT/LOCALIDAD	PROVÍNCIA/PROVINCIA	TELÉFON / TELEFONO	FAX

C DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS (ho ha d'omplir el deutor / a cumplimentar por el deudor)

CODI SWIFT BIC (pot contindre 8 u 11 posicions) CÓDIGO SWIFT BIC (Puede contener 8 u 11 posiciones)	<input type="text"/>
NÚMERO COMPTE-IBAN NÚMERO DE CUENTA-IBAN	<input type="text"/>

A Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES / En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

TYPUS DE PAGAMENT TIPO DE PAGO	PAGAMENT RECURRENT/PAGO RECURRENTE	PAGAMENT ÚNIC/PAGO ÚNICO
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------

D FIRMA

El sol·licitant declara que són certes les dades bancàries de l'apartat C que identifiquen el compte corrent del qual és:
El solicitante declara que son ciertos los datos bancarios del apartado C que identifican la cuenta corriente de la que es: titular cotitular.

_____, _____ d _____ de _____

Firma _____