GRUP DE RECERCA DE CERDANYA

SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ

EN /NA

AMB DNI /NIE

NASCUT/DA EL DE DE

AMB RESIDÈNCIA A :

LOCALITAT C.POSTAL:

ADREÇA

PROVÍNCIA

NACIONALITAT

TELÈFONS DE CONTACTE

E-MAIL

Demana l'admissió com a soci de ple dret de l'Associació
GRUP DE RECERCA DE CERDANYA

A , D DE

SIGNATURA,

GRUP DE RECERCA DE CERDANYA

Ordre SEPA de domiciliació de dèbit directe

SEPA Direct Debit Mandate

A completar pel creditor
To be completed by the creditor

NOM DEL SOCI: _____

Referència de l'ordre de domiciliació: QUOTA ANUAL D'ASSOCIACIÓ AL GRUP DE RECERCA DE CERDANYA
Mandate reference

Identificador del creditor: ES-12-000G55039481
Creditor Identifier

Nom del creditor / Creditor's name
ASSOCIACIÓ GRUP DE RECERCA DE CERDANYA

Adreça / Address
RONDA JOAN MARAGALL 24

Codi Postal – Població – Provincia – País / Postal Code – City – Town – Country
17520 – PUIGCERDÀ – GIRONA – ESPANYA

Mitjançant la signatura d'aquest formulari d'ordre de domiciliació, autoritzeu a (A) l'ASSOCIACIÓ GRUP DE RECERCA DE CERDANYA a enviar ordres a la vostra entitat financera per debitar càrrecs al vostre compte i (B) a la seva entitat financera per debitar els imports corresponents al vostre compte d'acord amb les instruccions de l'ASSOCIACIÓ GRUP DE RECERCA DE CERDANYA. Entre altres, teniu dret a ser reemborsat per la vostar entitat financera d'acord amb els termes i condicions del contracte subscrit amb la vostra entitat financera. En tot cas aquest reemborsament haurà de ser instat per part vostra en el termini màxim de 8 setmanes a partir de la data en que es va debitar en el seu compte. Informació addicional sobre els seus drets relatius a aquesta ordre es troba a la seva disposició a la seva entitat.

By signing this mandate form, you authorize (A) ASSOCIACIÓ GRUP DE RECERCA DE CERDANYA to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from ASSOCIACIÓ GRUP DE RECERCA DE CERDANYA. As part of your rights, you are entitled to 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 regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A completar pel deutor
To be completed by the debtor

Nom del deutor / Debtor's name
(Titular del compte de càrrec)

_____

Adreça del deutor / Address of the debtor

_____

Codi Postal – Població – Provincia – País / Postal Code – City – Town – Country

_____

Swift BIC (pot contenir 8 o 11 posicions) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de compte – IBAN / Account number – IBAN

Tipus de Pagament:
Type of payment

[X] Pagament periòdic / Recurrent payment
O / Or
[ ] Pagament únic / One-off payment

Data – Localitat on es realitza la signatura: _____
Date – Location in which you are signing

Signatura del deutor: _____
Signature of the debtor:

TOTS ELS CAMPS HAN DE SER CUMPLIMENTATS OBLIGATÒRIAMENT.
UN COP SIGNAT AQUEST ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENTREGAT AL CREDITOR PER LA SEVA CUSTÒDIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE DELIVERED TO CREDITOR FOR STORAGE.