Autorização de Débito Direto
SEPA

ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional do Norte
Rua Delfim Maia, 405
4200-256 PORTO

Referência de Autorização (ADD) a completar pelo Credor

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos 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 Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.
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 ao campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

* Nome do Devedor

Nome da rua e número

Código Postal Cidade

País

* Número de conta - IBAN

* BIC SWIFT

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

** Nome do Credor
Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

** Código de Identificação do Credor
PT221005122

** Nome da rua e número
Rua Delfim Maia, 405

** Código Postal ** Cidade
4200-256 PORTO

** Pais
PORTUGAL

TIPO DE PAGAMENTO

* Pagamento recorrente [X] ou Pagamento pontual [ ]

LOCAL DE ASSINATURA:

_____ ___/___/_____

ASSINATURA:

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.

CÉDULA Nº NORTE