ENTIDAD BENEFICIARIA

COLEGIO NACIONAL DE OPTICOS-OPTOMETRISTAS
c/ Princesa, 25 – 4ª planta
28008 MADRID
IDENTIFICADOR: ES13037Q2877036J

DEUDOR

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al Colegio Nacional de Opticos-Optometristas, a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta los importes correspondientes a las cuotas colegiales, del Colegiado:

Num.: 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 de en que se realizó el adeudo en su cuenta.

Titular de la Cuenta:

Nombre/ razón social:

Número de cuenta adeudo IBAN: BIC:

Datos Entidad de crédito:

Banco/Caja: Oficina:

Dirección:

Localidad:

Tipo de Pago Recurrente

Fecha y lugar de firma: Firma titular