



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

Identificador del acreedor / Creditor identifier : COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

Nombre del acreedor / Creditor's name : ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE MADRID

Dirección / Street name and number : CL. SANTA ISABEL, 51

Código postal – Población – País / Postal code – City – Country : 28012 – MADRID – ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar 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. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor 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 eighth 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.

Referencia de la orden domiciliación / Mandate reference:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A cumplimentar por el deudor / Colegiado
To be completed by the debtor

Nº Completo de Colegiado (9 dígitos)

Nombre del titular del recibo / Colegiado : _____
Debtor's name

Dirección / (portal, escalera, piso, ...): _____
Address

Código postal / Postal Code : _____

Población – Provincia: / City- Town : _____ **País / Country :** _____

Correo electrónico /Email : _____

Teléfono fijo /Landline phone : _____ **Teléfono móvil / Mobile phone :** _____

PROTECCIÓN DE DATOS.- Los datos personales que facilite serán tratados por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), con el fin de gestionar su solicitud y dar cumplimiento a las leyes de colegios profesionales y los estatutos del ICOMEM. La gestión de la cuota colegial conlleva, necesariamente, la comunicación de sus datos a la entidad bancaria o financiera con la que trabaja el ICOMEM para que proceda al cargo en cuenta de las cantidades adeudadas.

Sus datos se conservarán mientras siga colegiado y, en todo caso, por el tiempo que estemos obligados a su conservación en cumplimiento de una obligación legal.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos, así como los derechos de oposición y limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, en los términos especificados en el Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal, conforme al procedimiento legalmente establecido. Estos derechos podrán ser ejercitados dirigiendo solicitud por escrito al Área de Colegiaciones del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid en la dirección postal C/ Santa Isabel, 51, CP 28012 de Madrid, o en la dirección de correo electrónico colegiaciones@icomem.es.

En particular, se le informa del derecho que le asiste a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente (www.agpd.es), así como de la posibilidad que le asiste de retirar el consentimiento prestado para el tratamiento de sus datos personales con fines informativos en cualquier momento

Datos del Titular de la Cuenta (si el titular de la cuenta es distinto del deudor / Colegiado)
Details of the account holder (if account holder differ from debtor)

Nombre del titular de la cuenta / Account holder name : _____

Dirección / Address : _____

Código postal – Población – Provincia / Postal Code- City- Town : _____

País / Country : _____

Datos Bancarios
Bank details

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / *Swift BIC (up to 8 ur 11 characters)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta – IBAN / Account number – IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago/ Type of payment :

Pago recurrente

ó

Pago único

Recurrent payment

One –off payment

Fecha – Localidad/ Date- Location in with you are signing: _____

Firma Titular del Recibo/Colegiado (si es distinto)
Signature of debtor

Firma Deudor / Titular Cuenta (imprescindible)
Signature of the account holder (indispensable)

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.