

Paseo María Agustín, 4-6, Oficina 17, 50004- Zaragoza
Tel: +34 976469145 | Fax: +34 976469255
www.cogitiar.es / oficina@coitiar.es

A cumplimentar por el acreedor / To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación : Mandate reference	_____
Identificador del acreedor : Creditor identifier	ES04005Q5070002J
Nombre del acreedor : Creditor's name	COGITIAR
Dirección : Address	PASEO M ^a AGUSTÍN N ^o 4-6, OFICINA 17
Código postal - Población - Provincia : Postal Code - City - Town	50004 - ZARAGOZA - ZARAGOZA
País : Country	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 del 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 eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement than you can obtain from your bank.

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

Nombre del deudor (titular de la cuenta) : Debtor's name	_____	
Dirección : Address	_____	
Código postal - Población - Provincia : Postal Code - City - Town	_____	
País : Country	_____	
BIC / SWIFT : BIC / SWIFT	_____	
Número de cuenta - IBAN : Account number - IBAN	_____	
Tipo de pago : Type of payment	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente Recurrent payment	<input type="checkbox"/> Pago único One-off payment
Localidad : Location in which you are signing	_____	Fecha : Date _____
Firma del deudor : Signature of the debtor	_____	

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