**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**

**SEPA Direct Debit Mandate**

A cumplimentar por el acreedor
*To be completedbythecreditor*

Referencia de la orden de domiciliación/*Mandate reference:*

Número colegiada/a de Bizkaia _____

Identificador del acreedor /Creditor identifier**: ES43000Q4866003I**

Nombre del acreedor / *Creditor name:* **COLEGIO DE ENFERMERÍA DE BIZKAIA**

Dirección / *Address:* **Rodríguez Arias, 6 – 1º**

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:* **48008 BILBAO - BIZKAIA**

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 en 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 su cuenta, Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you au thorise (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 theCreditor. 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 eigth weeks starting from the date on which youraccount was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

A cumplimentar por el deudor
*To be completedbythedebtor*

Nombre del deudor / *Debtor´sname*:

_____

Dirección del deudor / *Address of thedebtor:*

_____

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:*

_____

País del deudor */ Country of thedebtor:*

_____

Switf BIC / *Switf BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)* / *Swift BIC (contains elther* 8 or 11 *characters)*

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Número de cuenta – IBAN (24 caracteres*)/IBAN number (contains* 24 *characters)*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo de pago/ Type of payment:

■ Pago recurrente /Recurring payment o/or ☐ Pago único / *One-off payment*

En virtud de la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, por la presente autoriza a que los datos personales facilitados sean incorporados en un fichero denominado Bancos responsabilidad del COLEGIO DE ENFERMERÍA DE BIZKAIA con domicilio en Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).

La finalidad de este tratamiento es la de gestionar su petición y la gestión de recibos, domiciliaciones y otros trámites bancarios. Estos datos no serán transmitidos a terceras personas y serán conservados siempre que sea imprescindible o legítimo para la finalidad que se captaron.

En cualquier caso podrá indicar la revocación del consentimiento dado, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, la limitación del tratamiento u oponerse, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Estas peticiones deberán realizarse en Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).

Asimismo también podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Under the regulations of Protection of Personal Data, hereby authorizes that the personal data provided be included in a file called Banks responsibility of the NURSING SCHOOL OF BIZKAIA with address at Rodriguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao ( Bizkaia).

*The purpose of this treatment is to manage your request and the management of receipts, direct debits and other banking procedures. These data will not be transmitted to third parties and will be preserved whenever it is essential or legitimate for the purpose that was captured.*

*In any case, you can indicate the revocation of the given consent, as well as exercise the rights of access, rectification or suppression, the limitation of the treatment or to oppose, as well as the right to the portability of the data. These requests must be made in Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).*

*You can also file a claim with the Spanish Agency for Data Protection.*

Fecha – Localidad : _____

Date and location in which you are signing

Firma del deudor : _____

Signature of the debtor

**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 STOGARE.**

**SEPA zuzeneko zordunketa helbideratzeko agindua**

**SEPA Direct Debit Mandate**

Hartzekodunak bete beharrekoa
*To be completedbythecreditor*

Helbideratze aginduaren erreferentzia/ *Mandate reference:* Bizkaiako elkargokide k. _____

Hartzekodunaren identifikatzailea/Creditor identifier**: ES43000Q4866003I**

Hartzekodunaren izena/ *Creditor´sname:* **BIZKAIKO ERIZAINEN ELKARGOA**

Helbidea / *Address:* **Rodríguez Arias kalea 6- 1a**

Posta kodea-Udalerria-Probintzia / *Postal Code – City – Town:* **48008 BILBO - BIZKAIA**

Herrialdea / *Country:* **ESPAINIA**

Helbideratze agindu hau sinatuz, zordunak hartzekodunari baimena ematen dio (A) zordunaren erakundeari jarraibideak bidaltzeko, betiere, bere kontuan zorduntzeko eta (B) erakundeari zordunketak bere kontuan egiteko, hartzekodunaren jarraibideei jarraituz. Bere eskubideak diren aldetik, zorduna legeztatua dago bere erakundeak itzulketa egin diezaion erakundearekin izenpetutako kontratuaren terminoetan eta baldintzetan. Itzulketa eskaera kontuan zordundu osteko zortzi asteren baitan egin beharko da. Eskubideei buruzko aparteko informazioa lor dezakezu zure finantza erakundean.

*By signing this mandate form, you au thorise (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 theCreditor. 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 eigth weeks starting from the date on which youraccount was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

Zordunak bete beharrekoa
*To be completedbythedebtor*

Zordunaren izena/ *Debtor´sname*:

_____

*Zordunaren helbidea/ Address of thedebtor:*

_____

*Posta kodea-Udalerria-Probintzia/ Postal Code – City – Town:*

_____

*Zordunaren herrialdea/ Country of thedebtor:*

_____

*Swift BIC (* 8 *edo* 11 *pasizio eduki ditzake / Swift BIC (contains elther* 8 or 11 *characters)*

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

*Kontu zenbakia -IBAN* (24 *KARAKTERE)/IBAN number (contains* 24 *characters)*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ordainketa mota/ Type of payment:

■ Ordainketa errepikaria /Recurring payment edo/or ☐ Ordainketa bakarra/One-off payment

Izaera Pertsonaleko Datuen Babeserako araudiaren arabera, emandako datu pertsonalak "Erantzukizuneko bankuak" izeneko fitxategian sartzeko baimena ematen diozu, honekin batera, BIZKAIKO ERIZAINEN ELKARGOARI. Elkargoaren helbidea honakoa da: Rodríguez Arias kalea 6 - 1.a - 48008 Bilbao (Bizkaia).

Tratamendu honen helburua da zure eskaera kudeatzea eta ordainagiriak, helbideratzeak eta bestelako banku-izapideak kudeatzea. Datuok ez zaizkie hirugarren pertsonei igorriko, eta jaso ziren xederako ezinbestekoa edo bidezkoa denean kontserbatuko dira soilik.

Nolanahi ere, emandako baimena ezeztatu ahalko duzu, eta, halaber, sartzeko, zuzenketak egiteko edo ezabatzeko, tratamendua mugatzeko edo aurkaratzeko eskubideak nahiz datuen mugigarritasunerako eskubideak erabili ahalko dituzu. Eskabide horiek helbide honetan egin beharko dira: Rodríguez Arias kalea 6 - 1.a- 48008 Bilbao (Bizkaia).

Era berean, Datuen Babeserako Espainiako Agentzian erreklamazioa aurkeztu ahalko duzu.

*Under the regulations of Protection of Personal Data, hereby authorizes that the personal data provided be included in a file called Banks responsibility of the NURSING SCHOOL OF BIZKAIA with address at Rodriguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao ( Bizkaia).*

*The purpose of this treatment is to manage your request and the management of receipts, direct debits and other banking procedures. These data will not be transmitted to third parties and will be preserved whenever it is essential or legitimate for the purpose that was captured.*

*In any case, you can indicate the revocation of the given consent, as well as exercise the rights of access, rectification or suppression, the limitation of the treatment or to oppose, as well as the right to the portability of the data. These requests must be made in Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).*

*You can also file a claim with the Spanish Agency for Data Protection.*

Data Herria: _____

Date and location in which you are signing

Zordunaren sinadura: _____

Signature of the debtor

**EREMU GUZTIAK DERRIGOR BETE BEHAR DIRA. HELBIDERATZE AGINDUA SINATU OSTEAN, HARTZEKODUNARI BIDALI BEHAR ZAIO, HARK GORDE DEZAN. /AIL GAPS MUST BE FILLED IN. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED IT MUST BE SENT TO THE CREDITAR FOR SAFEKEEPING.**