Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o {NOME DO CREDOR} 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 do {NOME DO CREDOR}.
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 os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

ESTA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO É PARA USO EXCLUSIVO DE PAGAMENTO DE QUOTA DE IRMÃO.

By signing this mandate form, you authorise the {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF 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 8 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. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.
THIS DIRECT DEBIT AUTHORIZATION IS FOR BROTHER QUOTA PAYMENT USE ONLY.

Identificação do Devedor

Debtor identification

* Nome do(s) Devedor(es) / Name of the debtor(s)

Nome da rua e número / Street name and number

Código Postal/Postal code

Cidade / City

País / Country

* Número de conta – IBAN / Account number - IBAN

* BIC SWIFT / SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

** Nome do Credor/ Creditor name: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM

** Código de Identificação do Credor / Creditor identifier

** Nome da rua e número / Street name and number: AV. DOS COMBATENTES Nº 1

** Código Postal/Postal code: 2005-361

** Cidade / City: SANTARÉM

** País / Country: PORTUGAL

Tipo de pagamento:

Type of payment:

*Pagamento recorrente/Recurrent payment ☒

Ou / Or

Pagamento pontual / One-off payment ☐

Local de assinatura:

City or town in which you are signing:

Localidade / Location

DDMMAAAA

* Data / Date

Assinar aqui por favor:

Please sign here:

*Assinatura(s) / Signature(s)

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

Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.