

FICHA DE CLIENTE

CÓDIGO DE CLIENTE: 4300293 FECHA DE ALTA: 1-12-2017

NOMBRE: COMUNIDAD DE PROPIETARIOS

DOMICILIO: C/ GONZALO DE CESPEDES, 19

CÓDIGO POSTAL: 28042 LOCALIDAD: MADRID

PROVINCIA: MADRID TELÉFONO: SANTIAGO: 699 333960

N.I.F.: H-79584843 N° FAX: _____

FORMA DE PAGO: _____ I.V.A.: 21%

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ADMINISTRADOR: -

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELÉFONO: _____

N° FAX: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS BANCARIOS

SWIFT BIC: _____

CÓDIGO IBAN: ES95

ENTIDAD: 0081 OFICINA: 0431 D.C.: 65 C/C: 0001156125

DATOS DE FACTURACIÓN

<u>AÑO</u>	<u>IMPORTE</u>	<u>AÑO</u>	<u>IMPORTE</u>
<u>2017</u>	<u>69,00</u>	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



C/ Canal de Suez, nº 1 – 1º B
28042 MADRID
Tel: 913294020
Fax: 913294130

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A complementar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación: Manulife reference
Identificador del acreedor: A-28739415
Creditor Identifier
Nombre del acreedor / Creditor's name
LIMPIEAS LATA, S.A.
Dirección / Address
C/ CANAL DE SUEZ, N° 1
Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
28042 MADRID
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 de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (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 that you can obtain from your bank.

to be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titulares de la cuenta de cargo)

COMUNIDAD DE PROPIETARIOS

Dirección del deudor / Address of the debtor

C/ GONZALO DE CESPEDES, 19

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

28042 - MAORIO

País del deudor / Country of the debtor

ESPAÑA

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

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

ES9500810431650001156125

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBANs/24 positions always starting ES

Tipo de pago:
Type of payment

☒ Pago recurrente
Recurrent payment

☐ Pago único
One-off payment

Fecha - Localidad:
Date - location in which you are signing

MAORIO, 1 DE DICIEMBRE 2017.

Firma del deudor:
Signature of the debtor

Santiago

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

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