Autorização de Débito Direto

Ref. da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

DUPLICADO

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Associação Entre Famílias – Bragança a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Associação Entre Famílias – Bragança.
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.

Identificação do Devedor:

*Nome do Devedor

*Morada

*Código Postal

*Localidade

*País

*NIF

*IBAN (número de conta)

*BIC SWIFT

Identificação Credor:

Associação Entre Famílias Bragança NIPC:508950538 Tel.: 273323079 E-mail: asfamil.braganca@gmail.com

Rua da Estação, nº6, 5300 – 151 Bragança

Tipo de Pagamento: **Recorrente: **Pontual:

Pagamento: Anual: Mensal: Semestral: Montante: _____

Local de Assinatura: _____ Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Conforme documento de identificação

Autorização de Débito Direto

Ref. da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

ORIGINAL

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Associação Entre Famílias – Bragança a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Associação Entre Famílias – Bragança.
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.

Identificação do Devedor:

*Nome do Devedor

*Morada

*Código Postal

*Localidade

*País

*NIF

*IBAN (número de conta)

*BIC SWIFT

Identificação Credor:

Associação Entre Famílias Bragança NIPC:508950538 Tel.: 273323079 E-mail: asfamil.braganca@gmail.com

Rua da Estação, nº6, 5300 – 151 Bragança

Tipo de Pagamento: **Recorrente: **Pontual:

Pagamento: Anual: Mensal: Semestral: Montante: _____

Local de Assinatura: Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Conforme documento de identificação

Nota: Junto a esta autorização de Débito direto deve entregar uma fotocópia do Seu Cartão do Cidadão autorizada por si, e um documento comprovativo do seu IBAN, podendo ser um comprovativo do Multibanco, ou comprovativo dado pelo Banco.