



Colegio
FUHEM
Lourdes

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor : _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
FUNDACIÓN HOGAR DEL EMPLEADO

Dirección / Address
AVENIDA DE PORTUGAL, 79 POSTERIOR

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
28011 - 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 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 that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

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

Dirección del deudor / Address of the debtor

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

País del deudor / Country of the debtor

_____ **Swift BIC**

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS BANCARIOS																					
IBAN				Entidad				Sucursal				D.C.		Número de cuenta							

Tipo de pago: **Pago recurrente** **Pago único**
Type of payment Recurrent payment or One-off payment

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

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

IMPORTANTE

Antes de firmar el formulario, debe leer y firmar la información básica sobre protección de datos en la CLÁUSULA SEPA RGPD.

CLÁUSULA SEPA RGPD

Información Sobre Protección de datos de carácter personal	
Responsable del Tratamiento	FUEM Fundación Hogar del Empleado Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) Tel. 91 431 02 80 http://www.fuhem.es
Delegado de Protección de Datos	Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) o dpd@fuhem.es
Finalidad del tratamiento	La gestión por parte del centro del servicio autorizado, mediante el giro de los recibos correspondientes.
Plazo de conservación	El plazo de conservación de los datos será necesario y proporcional para cumplir con la finalidad del tratamiento y en todo caso el plazo al que obliga a tener la información contable y fiscal de la entidad, ante cualquier requerimiento de la entidad pública competente (Agencia Tributaria, Juzgados o Tribunales).
Legitimación	Los datos son tratados en base al consentimiento del interesado.
Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)	Sus datos podrán ser cedidos para las indicadas finalidades que puedan ser realizadas entre la entidad y otras sociedades relacionadas con la prestación de los servicios solicitados o auxiliares de estos en los términos previstos en la Ley.
Derechos	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada, o a dpd@fuhem.es Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

NOTA: ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE AMBOS PROGENITORES O TUTORES /AS LEGALES EN TODAS LAS AUTORIZACIONES

Firma Como prueba de conformidad con cuanto se ha manifestado acerca del tratamiento de mis datos personales, firmo la presente.

En Madrid, a (indicar dd/mm/aa) _____:

Firma progenitor-a, tutor-a 1:

Firma progenitor-a , tutor-a 2: