

**AUTORIZACIÓN DE CARGO NA CONTA
PARA APRAZAMENTO / FRACCIONAMENTO**
Mandato adeudo directo SEPA

SERVIZO DE RECADACIÓN

(Reservado para cubrir pola Deputación)	
Referencia única do mandato:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tipo de pago:	<input type="text" value="RECURRENTE"/>

Declaro expresamente a miña conformidade coa solicitude de aprazamento/fraccionamento de pago presentada polo debedor indicado, polo que se instrúe o expediente que se indica, e AUTORIZO á Deputación Provincial da Coruña para que orde o cargo, na conta da que son titular, representante ou autorizado, cuxa identificación figura máis abaixo, dos importes resultantes no caso de estimación da solicitude.

A) DATOS DO APRAZAMENTO / FRACCIONAMENTO:

Nº de expediente	
Apelidos e nome ou razón social do debedor *	NIF *

B) DATOS DA CONTA DE CARGO:

Apelidos e nome ou razón social do titular da conta *		NIF *	
Apelidos e nome do representante ou autorizado (se é o caso)		NIF	
Domicilio *		Código postal *	
Municipio *	Provincia *	País *	
Correo electrónico		Teléfono 1	Teléfono 2
IBAN (Número internacional de conta bancaria) *			
BIC (Código internacional da entidade) *			

En _____, a _____

Sinatura do titular da conta, do seu representante o da persoa autorizada *

Importante: Os cadros marcados cun asterisco (*) deberán ser cubertos en todo caso.

DEBE ACOMPAÑARSE DUNHA COPIA DO ANVERSO DO DNI DA PERSOA QUE ASINA E DUN DOCUMENTO BANCARIO QUE ACREDITE A SÚA CONDICIÓ DE TITULAR OU AUTORIZADO