

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**

**A cumplimentar por el acreedor**

**A cumplimentar por el deudor**

Referencia de la orden de domiciliación:

Identificador del acreedor: Q-1176004-H

**Nombre del acreedor: CONSORCIO ZONA FRANCA CÁDIZ**

**Dirección: calle Ronda de vigilancia s/n**

**Código postal - Población – Provincia: 11011 Cádiz**

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.

**Nombre del deudor/es /**

**Dirección del deudor**

**Código postal - Población - Provincia**

**País del deudor**

**Swift BIC** (puede contener 8 u 11 posiciones)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Número de cuenta - IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Tipo de pago:** | | | | | | | | | | **Pago recurrente** | | | | | | | | | | | | **o** | | | | | **Pago único** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |

Fecha – Localidad:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

**Protección de datos:** Los datos de carácter personal que nos proporciona a través de este formulario son necesarios para la finalidad de domiciliar sus pagos en la entidad por usted autorizada. Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han obtenido y para determinar las responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Serán compartidos con la entidad financiera por usted seleccionada pero no serán cedidos a terceros salvo por obligación legal. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, ante el Consorcio de la Zona Franca de Cádiz, Ronda de vigilancia s/n recinto interior de la Zona Franca, 11011 Cádiz o en la dirección de correo electrónico [dpd@zonafrancacadiz.com](mailto:dpd@zonafrancacadiz.com)