**** Autorização de Débito Direto SEPA**

SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

Mandate reference – to be completed by the creditor.

SINAPSA
Sindicato Nacional dos Profissionais de Seguros e Afins

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o SINAPSA a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do SINAPSA.

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.

By signing this mandate form, you authorise the SINAPSA to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from SINAPSA.

*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 8 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. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.*

Identificação do Devedor
Debtor identification

* Nome do(s) Devedor(es) / *Name of the debtor(s)*

* Nome da rua e número / *Street name and number*

* Código Postal / *Postal code*

* Cidade / *City*

* País / *Country*

* Número de conta – IBAN / *Account number* - IBAN

* BIC SWIFT / SWIFT BIC

Identificação do Credor
Creditor identification

SINAPSA
** Nome do Credor/ *Creditor name*

PT87115541
** Código de Identificação do Credor / *Creditor identifier*

RUA BREINER 2591 1º
** Nome da rua e número / *Street name and number*

4050-126 PORTO
** Código Postal / *Postal code*
** Cidade / *City*

PORTUGAL
** País / *Country*

Tipo de pagamento:
Type of payment:

* Pagamento recorrente / *Recurrent payment* [X] Ou / *Or* Pagamento pontual / *One-off payment* [ ]

Local de assinatura:
City or town in which you are signing:

Localidade / *Location*

DD MM AA
* Data / *Date*

Assinar aqui por favor:
Please sign here:

*Assinatura(s) / *Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Periodicidade Débito:

Semestral - €15,00 [ ]
Anual - €30,00 [ ]