JORGE SILVA
CLÍNICA MÉDICA

Formulário de autorização de Débito Direto

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a JS CLÍNICA MÉDICA LDA 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 da JS CLÍNICA MÉDICA LDA. 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.

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

* IBAN - Nºconta

PT50

*BIC SWIFT

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

** Nome do Credor

JS CLÍNICA MÉDICA LDA.

** Código de Identificação do Credor

PT94115027

* Morada

R. SANTO ANTÓNIO, LT.48, R/C ESQ

* Código Postal

3500 - 184

* Localidade

VISEU

* País

PORTUGAL

TIPOS DE PAGAMENTO

* Pagamento recorrente [X] Ou pagamento pontual [ ]

LOCAL DE ASSINATURA

* Localidade

* Data / /

ASSINATURA DO CLIENTE

* Assinatura

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco

Informações adicionais subjacentes à relação entre credor e cliente - apenas para efeitos informativos

Numero de identificação do contrato

Descrição do Contrato