

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA. *SEPA Direct Debit Mandate*

### ● A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación/*Mandate reference:*

Identificador del acreedor/*Creditor Identifier:* **Q2866011F**

Nombre del acreedor/*Creditor's name:* **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid**

Dirección/*Adress:* **Santa Engracia, 31** - Código Postal/*Postal Code:* **28010** - Población/*City:* **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 8 semanas que siguen a la fecha en que se realizó el adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. *By signing this mandate form, you authorize (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 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.*

### ● A cumplimentar por el deudor

Nombre del deudor/*Debtor's name:*

NIF/*Tax ID number:*

Nº Colegiado/*Col. Number:*

Dirección del deudor/*Adress of the debtor:*

Código postal/*Postal Code:*

Población/*City:*

Provincia/*Town:*

País/*Country:*

Swift BIC:

Número de cuenta IBAN (En España, 24 caract.)/*Account number IBAN (up to 24 characters for Spanish):*

Tipo de pago/*Type of Payment:*

Pago Recurrente/*Recurrent payment*

Pago único/*One-off payment*

Localidad/*Location:*

Fecha/*Date in which you are signing:*

■ Firma del deudor/*Signature fo the debtor:* .....

## PROTECCIÓN DE DATOS:

Conforme a lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal y, en particular, en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos), el Colegio de Farmacéuticos de Madrid (COFM) le facilita la siguiente información relativa al tratamiento de los datos personales que ha incluido en este documento:

**Fin del tratamiento:** Los datos por usted aportados y de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde, serán tratados a los efectos de poder gestionar los cobros mediante el cargo en la cuenta bancaria indicada y de la que usted es titular/autorizado, así como a su entidad financiera atender las instrucciones del COFM, para el pago de las cuotas colegiales que le correspondan, conforme a las atribuciones que le han sido atribuidas legal y estatutariamente a la Corporación. **Adicionalmente, la situación concreta de impago de cuotas, o de baja por impago de cuotas, podrá ser publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, con el fin de dar cumplimiento al deber de notificación y publicación de actos administrativos, de conformidad con el artículo 44 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.**

**Criterios de conservación de los datos:** Sus datos se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar su seudonimización o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** Sus datos podrán ser cedidos a entidades aseguradoras, entidades financieras y a otros órganos de la Administración del Estado o de la Comunidad Autónoma, no estando prevista ninguna otra comunicación a terceros, salvo obligación legal o requerimiento judicial.

**Derechos que asisten al interesado:** a) Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento; b) Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento; c) Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

### Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID. Calle Santa Engracia nº 31, 28010 de Madrid. Correo electrónico: [dpd.cofm@cofm.es](mailto:dpd.cofm@cofm.es)