|  |  |
| --- | --- |
| **Emisor o Acreedor:****TU TRASTERO TU OTRO ESPACIO, S.L.****Identificador de Emisor: ES23111B60899390** |  |
| **Dirección Emisor (Nombre de la calle y número): Calle Reyes Católicos, 12 – Alcobendas** |
| **Código Postal: 28108****Localidad: Alcobendas, Madrid** | **País: España** |
| **Referencia única de mandato:**  |

**Deudor**

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

Si usted es una Empresa o Autónomo, usted no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya adeudado su cuenta, pero tiene derecho a solicitar a su entidad financiera que no adeude su cuenta hasta la fecha de vencimiento para el cobro del adeudo.

Si usted es un Particular, como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de en qué se realizó el adeudo en su cuenta.

 (Los campos marcados con \* son obligatorios)

|  |
| --- |
| **Nombre del deudor (Persona/Empresa):** |
| **Dirección (Nombre de la calle y número):** |
| **Código Postal:** **Localidad:** | **País:** |
| **Número de cuenta adeudo IBAN:** | **BIC entidad deudora:** |
| **Tipo de pago:** Recurrente Único |
| **Fecha:****Lugar de Firma:** |
| **Firma(s):****NIF /Nombre: NIF/Nombre:** |
| **Observaciones:*** **Contrato Nº:**
* **Módulo Nº:**
* **Importe Mes Total Hasta:**
 |

**Por favor, devolver este original firmado al acreedor, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.**

Nota: En su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato