



AGRUPACIÓN DE SANTIAGO APÓSTOL
COFRADÍA CALIFORNIA
697 912 030



SOLICITUD DE ALTA

Nombre	<input type="text"/>		
1er apellido	<input type="text"/>	2º apellido	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Población	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
Tlf. Fijo	<input type="text"/>	Tlf. Móvil	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Presentado por	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>		

Marcar lo que proceda:

- Tercio Infantil** (Adjuntar hoja de alta en Cofradía en caso de no estar ya de alta).
- Tercio Femenino** (Adjuntar hoja de alta en Cofradía en caso de no estar ya de alta).
- Tercio Masculino** (Adjuntar hoja de alta en Cofradía en caso de no estar ya de alta).
- Caballeros Portapasos**

El alta en Cofradía es voluntaria en este caso.

El estar dado de alta en Cofradía implica el derecho de poder votar para la elección de presidente y la posibilidad de ostentar cargos directivos y/o nombramientos de Consiliarios y Mayordomos en el futuro.

Cartagena, a

Firma:



Agrupación de Santiago Apóstol
(Californios)



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: ES49000G30746358
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
AGRUPACIÓN SANTIAGO APÓSTOL

Dirección / Address
Calle del Aire, 30

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
30202 - Cartagena - Murcia

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 ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (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 eight 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
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: **Pago recurrente** **Pago único**
Type of payment *Recurrent payment* *or* *One-off payment*

Fecha - Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTE ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.