AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA

SEPA direct Debil Mandate
3 6 6 7 2 5 1

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor

Mandate reference - to be completed by the creditor



Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, Lda., a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, 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. 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 Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, Lda.

By signing this mandate form, you authorise Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, Lda. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, Lda. 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 Master Distância - Formação Profissional, Unipessoal, Lda.

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

Creditor identification

- **Nome do Credor/Name of the Creditor: Master Distância Formação Profissional Unipessoal, Lda.
- **Código de identificação do Credor/Creditor identifier: PT45ZZZ103396
- **Nome da rua e número/Street name and number: Rua de Dona Estefânia, n.º 84 A

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR
Debtor identification
*Nome do(s) Devedor(es)/Name of the debtor(s) CARLA MARCONDES
*Nome da rua e número/Street name and number RUA ELINA GUIMARÃES N 1 AP 3 C
Código Postal/Postal code 1 7 5 0 0 9 5 Cidade/City LISBOA
País/Country PORTUGAL
*Número de conta IBAN/Account number - IBAN
P T 5 0 0 0 3 3 0 0 0 0 4 5 6 6 0 0 0 0 9 2 4 0 5
*BIC SWIFT/SWIFT BIC
*** As condições de pagamento encontram-se previstas nas condições especiais do contrato de formação profissional.
TIPO DE PAGAMENTO *Pagamento recorrente/Recurrent payment*Ou/Or Pagamento Pontual/One-off payment
Type of payment
LOCAL DE ASSINATURA LISBOA *Data/Date 02 09/1 A 2022 A
City or town in wich you are signing Localidade/Location
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.

