DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

www.terapiascomplementarias.es - info@terapiascomplementarias.es

ORDENANTE

D. Dña _____ con D.N.I. _____

y domicilio en _____

Código Postal _____, población _____ ,provincia _____

AUTORIZO

A la **Federación Internacional de Terapias Complementarias Ananda** inscrita en el grupo 1, Sección 2 con número de registro nacional de asociaciones 51239 del Ministerio del Interior y NIF G85902732

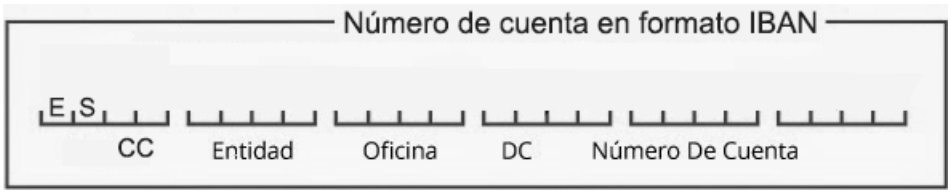
A efectuar mediante presentación de recibo bancario todos los cobros correspondientes a las cuotas que se originen en consecuencia de la relación comercial con los efectos 25.1 de la Ley de Servicios de Pago 16/2019 del 13 de noviembre, y con carácter indefinido mientras exista relación entre las partes.

QUIERO CONTRATAR LA TARIFA:

☐ **CUOTA ANUAL** (46 € al año)	☐ **CUOTA SEMESTRAL** (23 € al semestre)

DATOS DE MI ENTIDAD BANCARIA

Nombre de la entidad:_____ , dirección:_____



Y para que así conste lo firma en _____ , a____ de_____ de 201 ____

Firma