FORMULARI D'ALTA DE CLIENT

GENERALS - EMPRESA - Adjuntar fotocòpia del CIF de l'empresa

Raó social:
Nom comercial:
Activitat de l'empresa:
CIF:
Adreça fiscal:
Codi postal - localitat:
Adreça postal:
Codi postal - localitat:
Telèfon fix i telèfon mòbil:
E-mail: E-mail factures:

ADMINISTRADOR / AUTÒNOM / PARTICULAR - Adjuntar fotocòpia del DNI

Nom i Cognoms:
NIF:
Adreça:
Codi postal - localitat:
Telèfon fix i telèfon mòbil:
E-mail: E-mail factures:

FORMA DE PAGAMENT

AL COMPTAT: Visa / metàl·lic Transferència

APLAÇAT: Rebut bancari Xec / pagaré Transferència Confirming

Dia de pagament:

OBRES EN CURS

Nom i adreça

AUTORITZATS A SIGNAR CONTRACTES EN NOM DE L'EMPRESA

Nom	DNI	Mòbil

Nom i signatura: Lloc:
Data:

ALQUIMAT VICEVERSA GROUP, S.L. TELF.: 972 30 53 60 www.alquimat.com

LLOGUER: c/ Blas de Otero, 6 (Pol.Ind.)
COMPTABILITAT: c/ del Gas, 9 (Pol.Ind.)
17200 - PALAFRUGELL (Girona)
e-mail: lloguer@alquimat.com
e-mail: conta@alquimat.com

Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referència de l'ordre de domiciliació:
Mandate reference

La referència del mandat no pot excedir de 35 caràcters i sol pot contenir caràcters: A-Z, a-z, 0-9+./-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+./-.

A complimentar pel creditor- to be completed by the creditor

Identificador del creditor : E S 6 0 0 0 3 B 1 7 5 9 2 3 9 5
Creditor identifier
Dada facilitada per la seva entitat.

Nom del Creditor : ALQUIMAT VICEVERSA GROUP, S.L.
Creditor´s Name

Adreça : C/ DEL GAS, 9 - POL.IND. "LES BRUGUERES"
Address

Codi Postal –Població : 17200 - PALAFRUGELL
Postal Code- City

Província – País : GIRONA - ESPANYA
Town-Country

Mitjançant la firma d'aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza (A) al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per fer càrrecs al seu compte i (B) a l'entitat per efectuar els càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit amb la mateixa. La sol·licitud de reemborsament haurà d'efectuar-se dins de les vuit setmanes que segueixen a la data del càrrec en compte. Pot obtenir informació addicional sobre els seus drets en la seva entitat financera.

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 eigth 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 complimentar pel deutor /to be completed by the debtor

Nom del deutor/s :
Name of the debtor(s)
(Titular/s del compte de càrrec- *Account holder/s*)

Adreça del deutor :
Address of the debtor

Codi postal - Població :
Postal code and city of the debtor

Província - País del deutor :
Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banc deutor :
Swift-BIC of the debtor bank

Número de compte- IBAN :
Account number of the debt- IBAN

A Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començantdo per ES
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipus de pagament : ☒ **Pagament recurrent** o ☐ **Pagament únic**
Type of payment — *Recurrent payment* — *or* — *One/off payment*
Aquest mandat es pot utilitzar per a càrrecs recurrents — Aquest mandat únicament es pot utilitzar una sola vegada

Data - Localitat :
Date, location in which you are signing

Firma/es del deutor/s :
Signature(s) of the debtor(s)

TOTS ELS CAMPS HAN DE SER COMPLIMENTATS OBLIGATÒRIAMENT.
UNA VEGADA SIGNADA AQUESTA ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENVIADA AL CREDITOR PER A LA SEVA CUSTÒDIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.