

Subscrição Títulos de Capital

Individual Coletivo

Inserir opção

Nome ou Nome de sociedade _____,
com o NIF _____, com o código de acesso à Certificação Permanente do Registo Comercial _____,
_____, com o endereço fiscal _____

_____, representada pelo médico veterinário abaixo indicado*, tendo conhecimento das condições de
admissão como sócio / cooperador da **CODIVET - Cooperativa de Distribuição e Comercialização de Produtos Veterinários CRL**, NIF 507044762,
Rua Jaime Lopes Dias, 3 A-B, Sala D, 1750-124 Lisboa, propõe-se subscrever: 100 Títulos de capital com valor nominal de 5 (cinco) Euros.
Para realização do capital, junto:

Comprovativo de TRF bancária

Autorização de débito direto

Realizada para o NIB 0007 0086 0000 3180 00723, no valor de:

500,00 Euros para realização total dos títulos subscritos

125,00 Euros para realização de 25% dos títulos subscritos, comprometendo-me realizar os restantes 75% no máximo, em prestações anuais sucessivas de 25%.

Nome Médico Veterinário Representante Sociedade (nº1 do artº. 13º dos Estatutos) *

Cédula Profissional

Nº Cartão de Cidadão

Data de Nascimento

Morada Entrega Produtos (caso seja diferente)

Código Postal

Horário Receção dos Produtos

E-mail

Telemóvel

* Quando aplicável

Modalidade de Pagamento

Pagamento via SDD

Pagamento Quinzenal - prazo pagamento médio 20 dias
(Min. 12 dias - Máx. 27 dias)

Pagamento a 45 dias de prazo médio
As faturas serão emitidas com vencimento a 30 dias.

As faturas emitidas na 1ª quinzena do mês serão liquidadas a dia 27.
As faturas emitidas na 2ª quinzena do mês serão liquidadas no dia 12 do
mês seguinte.

As faturas vencidas entre dia 1 e 15 serão liquidadas a dia 27.
As faturas vencidas entre dia 16 e final do mês serão liquidadas
a dia 12 do mês seguinte.

Dois pagamentos mensais, realizados aos dias 12 e 27 de cada mês.

Nos dias 5 e 20 de cada mês a CODIVET informará o valor a debitar/pagar de cada quinzena.

Autorizo a Codivet a efetuar o registo e o arquivo dos meus dados pessoais (NIPC/NIF, denominação/nome, sede/morada, endereço de email, telefone, e quaisquer outros) para efeitos do exercício da sua atividade comercial, bem como, para envio de comunicações institucionais e de marketing (protocolos, eventos, produtos e/ou serviços). Para quaisquer assuntos relacionados com a proteção de dados pessoais, contacte-nos através do e-mail info@codivet.com

Autorizo a Codivet a efetuar a regularização faseada do capital social por SDD, utilizando a autorização de débito direto enviada.

Assinatura

Data



Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA Direct Debit Mandat

3 1 1 0 6 6

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

Mandate reference – to be completed by the creditor.

**CODIVET- Cooperativa de
Distribuição e Comercialização
de Produtos Veterinários, Crl**

Creditor's Name & Logo

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o {NOME DO CREDOR} a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do {NOME DO CREDOR}.

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 do Credor.

By signing this mandate form, you authorise the {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF 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 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 the Creditor.

Identificação do Devedor

Debtor identification

* Nome do(s) Devedor(es) / Name of the debtor(s)

Nome da rua e número / Street name and number

Código Postal / Postal code

Cidade / City

País / Country

* Número de conta – IBAN / Account number - IBAN

* BIC SWIFT / SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

** Nome do Credor / Creditor name

** Código de Identificação do Credor / Creditor identifier

** Nome da rua e número / Street name and number

** Código Postal / Postal code

** Cidade / City

** País / Country

Tipo de pagamento:

Type of payment:

* Pagamento recorrente / Recurrent payment

Ou / Or

Pagamento pontual / One-off payment

Local de assinatura:

City or town in which you are signing:

Localidade / Location

* Data / Date

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.

