AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA

SEPA direct Debil Mandate

3 9 2 3 3 4 7

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor

Mandate reference - to be completed by the creditor

25 anos master.D
Lisboa (Central): Rua de Dona Estefânia, n.º 84 A
1000-158 Lisboa - PORTUGAL
Tel.: 210 402 440 Fax: 210 402 448 E-mail: central.portugal@masterd.pt

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

Código Postal/*Postal code*: **1000 - 158 **Cidade/*City*: **Lisboa** ****País/Country: Portugal**

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

Debtor identification

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

*Nome da rua e número/*Street name and number* R MALVA ROSA, 16 2 ES

Código Postal/*Postal code* 2 7 2 5 3 6 9 Cidade/*City* ALGUEIRÃO-MEM MARTINS(SINTRA)

País/*Country* Portugal

*Número de conta IBAN/*Account number - IBAN*

P T 5 0 0 0 1 8 0 0 0 0 3 6 5 7 9 2 9 3 9 0 2 0 9 0

*BIC SWIFT/*SWIFT BIC*

T 0 T A P T P L

*** 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 13 10 2025

Localidade/*Location*

City or town in wich you are signing

ASSINAR AQUI POR FAVOR

Assinatura autorizada por METOMOKENA JOSÉ.
Documento assinado eletronicamente a 2025-10-13 09:13:22 +00:00.
Documento enviado para o email M**********@GMAIL.COM.
Confirmação do OTP enviado para o telemóvel **********695.
Selo Eletrónico Qualificado criado pela plataforma SigningDesk.
DigitalSign - Certificadora Digital, S.A.
ASSINATURA SIMPLES
digitalsign

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.