ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

*84 Athalassas avenue, 2012 Strovolos*
*PO Box 21943, 1515 Nicosia*
*Tel.: 77 77 10 90, Fax: 22 698 200*
*Email: customerservice@ndlgo.org.cy*
*Website: www.ndlgo.org.cy*

**Εντολή Άμεσης Χρέωσης ΕΧΠΕ**

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε (Α) ο Επαρχιακός Οργανισμός Αυτοδιοίκησης Λευκωσίας να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τον Επαρχιακό Οργανισμό Αυτοδιοίκησης Λευκωσίας. Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας.
By signing this mandate form, you authorize (A) Nicosia District Local Authority to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Nicosia District Local Authority. 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.

**ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ* ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΨΕΤΕ ΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ IBAN**
**PLEASE COMPLETE ALL THE FIELDS MARKED* AND ATTACH THE IBAN CERTIFICATE**

Ονοματεπώνυμο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού
Bank Account Holder Name *

Ονοματεπώνυμο οφειλέτη / Name of the debtor(s)

Ταυτότητα κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού
Bank Account holder ID number *

Ταυτότητα οφειλέτη / Identification number of the debtor(s)

Διεύθυνση / Your address

Οδός και αριθμός / Street name and number

T.K. / Postal Code

Πόλη / City

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο / Email

Τηλέφωνο / Telephone number

Αριθμός Λογαριασμού (IBAN)
Your Account Number (IBAN) *

IBAN λογαριασμού / Account number- IBAN

* SWIFT BIC

* Όνομα Τράπεζας / Bank name

Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού
Creditor's name

ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού / Creditor name

Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού / Creditor identifier

ΑΘΑΛΑΣΣΗΣ 84 / 84, ATHALASSIS AVENUE
Οδός και αριθμός / Street name and number

2012 ΣΤΡΟΒΟΛΟΣ/ 2012 STROVOLOS
T.K. / Postal Code

ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA
Πόλη / City

ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS
Χώρα / Country

Τ.Θ. 21943 / P.O. BOX 21943

1515
T.K. / Postal Code

ΛΕΥΚΩΣΙΑ / NICOSIA
Πόλη / City

ΚΥΠΡΟΣ / CYPRUS
Χώρα / Country

Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή
Person on whose behalf payment is made

Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή / Name of the debtor reference party

ΑΔΤ προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή / Name of the

Υπογράφηκε
City or town in which you are signing

Πόλη-τόπος / Location

**Ημερομηνία / Date**

Παρακαλώ υπογράψτε εδώ
Please sign here *

**Υπογραφή κατόχου τραπεζικού λογαριασμού / Bank account holder's signature**

## ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

| **Καταχωρήθηκε από:** | **Ελέγχθηκε από:** |
|---|---|
| | |