

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ORDEN SEPA



ASOCIACIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR

Cuota de colaboración

10€ mensuales 60€ anuales

Otra cantidad mensual: Otra cantidad anual:

*La cuota anual mínima para personas físicas es de 60€ y de 100€ como personas jurídicas.
*La cuota mensual mínima para personas físicas y personas jurídicas es de 10€.
*Todas las cuotas de colaboración son desgravables en el impuesto sobre la renta.

Alta como socio/a de ACEESE-ACISE

Nombre: DNI:

Domicilio: CP:

Población: Provincia:

País: Móvil: E-mail:

Orden de domiciliación

Nº de cuenta IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (1) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (2) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

Acepto

Firma

Fecha (dd/mm/aa): Lugar:

Datos fiscales del acreedor **Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE).**
NIF G-17798190. Domicilio: c/Massana 4, 1-2. 17600. Figueres, Girona. España.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que los datos proporcionados en este documento se incluirán en un fichero de la **Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE)**, de la cual **ACEESE (Asociación Científica de Enfermería y Salud Escolar)** es una marca registrada, a los únicos efectos de prestar y ofrecer nuestros servicios, y sobre cuyos datos tendrá el derecho de acceso, oposición, rectificación y/o cancelación dirigiéndose por escrito a: acise.2015@gmail.com / aceese.nacional@gmail.com

Todos los campos deben ser debidamente cumplimentados.

*Formato digital: cumplimentar con la herramienta "Rellenar y Firmar" de Adobe Acrobat Reader®.

*Una vez firmada, esta orden debe enviarse como un archivo pdf con firma digital, o bien como un escán del documento al correo electrónico: acise.2015@gmail.com / aceese.nacional@gmail.com

*Para su envío en formato papel: cumplimentar, imprimir, firmar y enviar al apartado postal: **c/ Massana 4, 1r-2a. 17600. Figueres (Girona) España.**