

FORMULARIO ALTA SOCIOS ACEESE & ORDEN SEPA



ASOCIACIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR

Cuota de colaboración por parte de la entidad

110€ anuales

150€ anuales

*La cuota socio no es reembolsable.

*La cuota seleccionada será facturada de forma íntegra al número IBAN que usted nos indique.

*Todas las cuotas de colaboración son desgravables al 100% en el impuesto sobre la renta.

Alta como Entidad colaboradora de ACEESE-ACISE

Entidad:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP.	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>	Representante entidad:	<input type="text"/>
Móvil representante:	<input type="text"/>	Email de contacto:	<input type="text"/>

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

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.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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