

# FORMULARIO ALTA SOCIOS ACEESE & ORDEN SEPA



ASOCIACIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR

## Cuota de colaboración

65€ anuales

120€ 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 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:

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.

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](mailto:acise.2015@gmail.com) / [aceese.nacional@gmail.com](mailto: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](mailto:acise.2015@gmail.com) / [aceese.nacional@gmail.com](mailto:aceese.nacional@gmail.com)