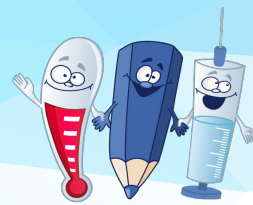


FORMULARI ALTA SOCIS ACISE & ORDRE DOMICILIACIÓ SEPA



ACISE

ASSOCIACIÓ CATALANA
D'INFERRERIA I SALUT ESCOLAR

Quota de col·laboració per part de l'entitat

110€ Anuals

150€ Anuals

**Quotes soci no reembolsables.*

**La quota seleccionada es facturarà de forma íntegra al número IBAN que vostè proporcionï.*

**Totes les quotes de col·laboració són desgravables al 100% a l'impost sobre la renda.*

Registre com a Entitat col·laboradora d'ACISE-ACEESE

Entitat:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Adreça:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>
Població:	<input type="text"/>	Representant de l'entitat:	<input type="text"/>
Mòbil representant:	<input type="text"/>	Correu de contacte:	<input type="text"/>

Ordre de domiciliació

Nº de compte IBAN

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

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació el deutor autoritza (1) al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per a carregar en el seu compte, i (2) a la entitat per a efectuar càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit per la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s'haurà d'efectuar dins de les vuit setmanes que segueixen a la data del càrrec en compte.

Accepto

Signatura i segell entitat

Data:	<input type="text"/>	Lloc:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-------	----------------------

Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE).

Dades fiscals del creditor

NIF: G-17798190. Adreça: c/Massana 4, 1-2. 17600. Figueres, Girona. Espanya.

En compliment de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, l'informem que les dades proporcionades en aquest document s'afegiran al fitxer de registre de l'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE), als únics efectes de prestar i oferir els nostres serveis. Vostè pot exercir el seu dret d'accés, oposició, rectificació i/o cancel·lació adreçant-se per escrit a: acise.2015@gmail.com / aceese.nacional@gmail.com

Tots els camps han de ser degudament emplenats.

*Format digital: emplenar amb l'eina "Omplir y Firmar" d'Adobe Acrobat Reader©.

*Un cop signada, aquesta ordre ha d'enviar-se com un arxiu pdf amb signatura digital, o bé com un escà del document a: acise.2015@gmail.com / aceese.nacional@gmail.com