

Nº SOCIO:

ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

FICHAS DE SOCIOS o COLABORADOR

NOMBRE SOCIO:		
DIRECCIÓN:		
C.POSTAL:	POBLACION:	PROVINCIA:
D.N.I.:	FECHA NACIMIENTO:	
PROFESION:		
MOVIL:	TELEFONO	
PARENTESCO C/ ENFERMO		
CORREO ELECTRONICO:		

NOMBRE DEL ENFERMO:		
DIRECCIÓN:		
C.POSTAL:	POBLACION:	PROVINCIA:
D.N.I.:	FECHA NACIMIENTO:	
PROFESION:		
MOVIL:	TELEFONO:	

Deseo colaborar con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "ALZHE" Cádiz con una cuota:

- Mensual 4,00€
 Trimestral 12,00€
 Anual 48,00€

Firma:

Cádiz a _____ de _____ de 202__

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, ALZHE CADIZ le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el registro de asociado. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, dirigiendo un escrito a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cádiz Pza Madrid S/Nª Esquina Calle Conil de la Frontera 11010 Cádiz

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cádiz

Pza. Madrid s/n (esq. c/ Conil).-11010 Cádiz
Tfno/fax.- 956 251 428. Email: alzhecadiz@gmail.com

F.1.2

Nº SOCIO:



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

Identificador del acreedor

Creditor Identifier

: E S G 1 1 4 5 8 5 1 0

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor

Creditor's Name

: ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER "ALZHE" DE CÁDIZ

Dirección

Address

: PLAZA MADRID S/N (ESQUINA CALLE CONIL DE LA FRONTERA)

Código Postal –Población

Postal Code- City

: 11010-CÁDIZ

Provincia – País

Town-Country

: CÁDIZ-ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) 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. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. 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 eight 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

A cumplimentar por el deudor /to be completed by the debtor

Nombre del deudor/es

Name of the debtor(s)

: _____
(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Dirección del deudor

Address of the debtor

: _____

Código postal - Población

Postal code and city of the debtor

: _____

Provincia - País del deudor

Town- Country of the debtor

: _____

Swift-BIC del banco deudor

Swift-BIC of the debtor bank

:

Número de cuenta- IBAN

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago

Type of payment

: Pago recurrente O

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Pago único

One/off payment

Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad

Date, location in which you are signing

: _____

Firma/s del deudor/es

Signature(s) of the debtor(s)

: _____

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

F.99.0