



SOLICITUD DE ADMISIÓN MIEMBRO ACTIVO

Apellidos _____ Nombre _____

Año de nacimiento _____ Año de Graduación Estomatología / Odontología _____

Colegio Regional Odont./Estom. _____ No Colegiado _____

Año Ingreso SEDO _____ Categoría de Miembro _____

Dedicación en exclusiva a la Ortodoncia desde el año _____

Tipo de Práctica: Individual _____ Asociada _____ En grupo _____ Asalariada _____

Domicilio Consulta Principal _____

Ciudad _____ C.P. _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Consulta Satélite (Ciudad) _____ Teléfono _____

FORMACIÓN POSTGRADUADA

Universidad del Postgrado _____ Año _____

Director del Postgrado de Ortodoncia _____

Dirección _____ Ciudad _____ País _____

CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

Firma del solicitante:

1^{er} Miembro Activo Avalante: Nombre _____ Firma _____

2^o Miembro Activo Avalante: Nombre _____ Firma _____

*La solicitud se acompañará de copia del certificado o diploma del curso de postgrado universitario obtenido.

Fecha de la solicitud _____



Estimado asociado: Por favor, cumplimente los datos que solicitamos a continuación escribiendo en mayúsculas y debidamente firmado a través de:

- Correo electrónico: info@aesor.org
- O a la siguiente dirección: AESOR. APARTADO DE CORREOS NÚMERO: 13026, 28080 Madrid.

D.N.I.		Fecha de caducidad (dd/mm/aaaa)	
Nombre	1er Apellido	2º Apellido	
Dirección		Ciudad	C.P.
E-mail	Teléfono		

De conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR), CIF G41796319 y domicilio social sito en la calle C/ CABALLERO DE LOS LEONES, 14-28034-MADRID, con la finalidad de atender sus consultas y necesidades al tiempo informarle de las diferentes mejoras sobre los servicios que podamos ofrecerle. En cumplimiento con la normativa vigente, le informamos que los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación. Se le informa que se procederá a tratar los datos de forma lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que nos comprometemos a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico info@aesor.org

Firmado:
Fecha:

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País / Country _____

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 / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo) _____

Dirección del deudor / Address of the debtor _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País del deudor / Country of the debtor _____

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters) _____

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: _____
Type of payment

Pago recurrente **O** **Pago único**
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Fecha – Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.