



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 _____

CIF.: G417963119

Telefono: 665 39 24 79
info@aesor.org



MIEMBRO DE EFOSA
Federación Europea de
Especialistas en Ortodoncia

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: AESOR

Mandate reference

Identificador del acreedor : G41796319

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA

Dirección / Address

APARTADO DE CORREOS NÚMERO: 13026

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

28080-MADRID-MADRID

País / Country

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 / 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
Recurrent payment

0

or

Pago único
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 EST A 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 STOR

**AESOR Asociación Española de
Especialistas en Ortodoncia**

Paseo de Somosierra, 40
28760 Tres Cantos - Madrid



**DECLARACIÓN JURADA ADQUISICION CONDICION DE MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ORTODONCISTAS (AESOR)**

D./D^a _____ con DNI / NIE / Pasaporte
(marque lo que proceda) número: _____ y domicilio en C/_
_____, Localidad: _____ CP __ Teléfono
_____, a efectos de su incorporación como miembro a la Asociación..

DECLARA BAJO JURAMENTO:

PRIMERO.- Que conozco y asumo los requisitos exigidos en los estatutos de la Asociación para mi incorporación como miembro, en especial, la obligación de la práctica de la Ortodoncia en régimen de dedicación exclusiva.

SEGUNDO.- Declaro que al momento de la presente solicitud ejerzo la práctica de la Ortodoncia de forma exclusiva.

TERCERO.- Me comprometo a informar a AESOR de forma inmediata ante el supuesto de dejar de prestar de forma exclusiva dicha actividad, al ser requisito para obtener y mantener la condición de miembro.

CUARTO.- Estar informado de la posibilidad de la pérdida de la condición de miembro en caso de no proceder de forma diligente y no informar sobre el cese de cumplimiento de cualquiera de los requisitos exigidos por la Asociación.

Lo que suscribo en _____ en fecha ____ de _____ de 2021

CIF.: G417963119

Telefono: 665 39 24 79
info@aesor.org