



MIEMBRO DE EFOSA
Federación Europea de
Especialistas en Ortodoncia

SOLICITUD DE MIEMBRO ESTUDIANTE

Apellidos _____ Nombre _____

Año de nacimiento _____ Año de Graduación Estomatología / Odontología _____

Dirección _____ Ciudad _____ C.P. _____

Universidad del Postgrado _____ Curso _____

Director del Postgrado de Ortodoncia _____

Dirección del Departamento _____

Dirección Personal _____ C.P. _____

Teléfono _____ Email _____

CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS Y CUMPLIR LOS REQUISITOS GENERALES DE AFILIACIÓN.

Firma del solicitante

Nombre y firma del Director del Postgrado de Ortodoncia

Sello acreditativo del Dpto. de Ortodoncia

Fecha prevista finalización del postgrado _____

NOTA: Cuando finalice sus estudios postgraduados de Ortodoncia, deberá solicitar su ingreso como miembro activo de AESOR.

Fecha de la Solicitud _____



MIEMBRO DE EFOSA
Federación Europea de
Especialistas en Ortodoncia

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: PASEO DE SOMOSIERRA, 40. 28760 - TRES CANTOS. 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 PASEO DE SOMOSIERRA, 40. 28760 TRES CANTOS-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:



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
PASEO DE SOMOSIERRA, 40

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
28760 TRES CANTOS. 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 authorize (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 STORAGE.

CLÁUSULA EN PROTECCIÓN DE DATOS.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le informamos que los datos que se recogen en el presente documento, así como en todos aquellos que sean necesarios para el desarrollo de las ayudas y actividades propias de la entidad, pasarán a formar parte de un fichero titularidad y responsabilidad de ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) con N.I.F. G41796319, sita en PASEO DE SOMOSIERRA 40 (28760 TRES CANTOS) MADRID. Estos datos personales serán tratados con las siguientes finalidades:

- Proceder a su inscripción como miembro de ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR)
- Mantenimiento y supervisión de la relación mantenida con ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR)
- Posibilitar la participación del miembro en todas las actividades, ayudas y proyectos desarrollados por la entidad.
- Enviar información a través de los medios de comunicación facilitados acerca de las actividades ofrecidas por la entidad, sus programas, ayudas y eventos organizados o en las que éstas participen, siempre que así se autorice previamente.
- Difundir en su página web y redes sociales la imagen del miembro a fin de dar a conocer las actividades desarrolladas por ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR), siempre que así lo autorice previamente.
- Ceder los datos a otras entidades que colaboran con ésta, siempre que así se autorice previamente.

Le informamos que sus datos serán comunicados a la AEAT para la gestión de los beneficios fiscales derivados de su aportación.

Podrá solicitar más información, así como ejercer sus derechos remitiendo una comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico info@aesor.org o mediante correo postal a la dirección PASEO DE SOMOSIERRA 40 (28760) TRES CANTOS, MADRID. Para el ejercicio de sus derechos, en caso de que sea necesario, se le solicitará documento que acredite fehacientemente su identidad. Si siente vulnerados sus derechos en lo concerniente a la protección de sus datos personales, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente (Agencia Española de Protección de Datos), a través de su sitio web: www.aepd.es.

Existe una versión ampliada de esta información a su disposición tanto en nuestras oficinas como en nuestra página web <http://www.aesor.org>.

Mediante la firma del presente documento, garantiza que los datos aportados son verdaderos, exactos, completos y actualizados; comprometiéndose a informar de cualquier cambio respecto de los datos que aportara por los canales habilitados al efecto e indicados en el primer párrafo.

FORLOPD.

Todos los derechos reservados según la Ley de Propiedad Intelectual.

CLÁUSULA EN PROTECCIÓN DE DATOS.

En el supuesto de que el usuario facilite datos de terceros, declara que cuenta con el consentimiento de los interesados y se compromete a trasladarles la información contenida en esta cláusula, eximiendo a la organización de cualquier responsabilidad derivada por la falta de cumplimiento de la presente obligación.

Asimismo, en cumplimiento de la normativa citada, es necesario marcar con una cruz las casillas de verificación. En el caso de que marquen el NO, entendemos que no nos autoriza a dicho tratamiento.

SI ___ NO ___ AUTORIZO el uso de mis datos personales con la finalidad de recibir información sobre las distintas actividades, ayudas, proyectos o eventos que organice ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR)

SI ___ NO ___ AUTORIZO a ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) al envío de comunicaciones vía Whatsapp con la finalidad de informar sobre las actividades, eventos, incidencias o cualquier otra información relevante sobre su actividad de voluntariado.

SI ___ NO ___ AUTORIZO a ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) al envío de comunicaciones vía Whatsapp con la finalidad de informar sobre las actividades, eventos, incidencias o cualquier otra información relevante sobre su actividad como miembro.

SI ___ NO ___ AUTORIZO a ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) para proceder a la inclusión de mi número de teléfono en un grupo de Whatsapp creado por ésta, con la finalidad de informar sobre las actividades, eventos, incidencias o cualquier otra información genérica que afecte a su actividad como miembro.

SI ___ NO ___ AUTORIZO a ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) a la toma, publicación y difusión de mi imagen, y en su caso, para difundirla en su página web de ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) con la finalidad de dar a conocer las actividades que ésta realiza.

SI ___ NO ___ AUTORIZO a ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR) para la toma, publicación y difusión de mi imagen, y en su caso, para difundirla en las redes sociales de la misma con la finalidad de dar a conocer las actividades que ésta realiza.

SI ___ NO ___ AUTORIZO la cesión de mis datos personales a otras entidades colaboradoras con ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR)

FIRMA DEL INTERESADO

ASOCIACION ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA (AESOR)



MIEMBRO DE EFOSA
Federación Europea de
Especialistas en Ortodoncia

FORLOPD.

Todos los derechos reservados según la Ley de Propiedad Intelectual.