



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

**AESOR Asociación Española de
Especialistas en Ortodoncia**

Paseo de Somosierra, 40
28760 Tres Cantos - Madrid



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 comuniquen 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:

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

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 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 IT MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.



**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