



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

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 MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.