



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

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](mailto:info@aesor.org)
- O a la siguiente dirección: AESOR. APARTADO DE CORREOS 13026, 28080 Madrid.

D.N.I.  Fecha de caducidad (dd/mm/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre  1er Apellido  2º Apellido

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Dirección  Ciudad  C.P.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

E-mail  Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 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](mailto: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

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 STORAGE.