



ASFATAC-ASOCIACION DE FAMILIARES DE ADOLESCENTES
CON TRASTORNO ALIMENTARIO Y/ O CONDUCTA

Plaça 11 de Setembre s/n, Ajuntament,
08506 Calldetenes
asfatac@gmail.com

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO

Sra. Presidenta de la Asociación de Familiares de adolescentes con Trastorno Alimentario y/o conducta (ASFATAC), CIF nº G67198952

D/D^a _____ con NIF _____

D/D^a _____ con NIF _____

con domicilio en C/ _____

Población _____ C. P. _____ Provincia _____

y con Teléfonos _____

y Correo Electrónico _____ (*)

declara(n) ser padre/madre(s) de....., TC/TCA y solicita(n) ser admitido/a(s) como socio/a(s)...../a(s)de la Asociación de Familiares de adolescentes con Trastorno Alimentario y/o conducta cuyos fines y Estatutos declara(n) conocer y aceptar.

OTROS DATOS

Año de nacimiento del/de los niño/s			
Nombre conyuge/padre/madre			

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

Cuota anual que desea aportar (cuota mínima: 35 euros/año/familia)	
Titular de la cuenta	
Banco o Caja	
Domicilio	
Población	
IBAN/NÚM. CUENTA	

SI DESEA PUEDE HACER EL PRIMER INGRESO EN EL SIGUIENTE NUM. DE CUENTA DEL BBVA:

IBAN: ES05 0182 8765 5802 0003 8892

INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD DE ASFATAC (Marque con una cruz (x) lo que proceda) (*)

¿Desea recibir información y publicidad de ASFATAC?	SÍ		NO	
---	----	--	----	--

(*) Si usted ha aceptado recibir información y publicidad de ASFATAC se la haremos llegar por los medios por usted autorizados. Puede solicitar la baja de estos envíos enviando un escrito o correo electrónico a las direcciones arriba citadas.

En _____ a _____ de _____ de 20__

(Firma) _____

En cumplimiento de lo dispuesto por Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre , sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilita en este documento junto con los datos que recopilamos derivados de su relación con ASFATAC se integrarán en el Fichero de Datos del que es responsable la Asociación de Familiares de adolescentes con Trastorno Alimentario y/o conducta, registrada en la Direcció General d'Entitats Jurídiques del Departament de Justícia y domicilio en la Plaça 11 de Setembre s/n, Ajuntament, 08506 Calldetenes. De acuerdo con la legislación vigente, el socio puede en todo momento ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión ("derecho al olvido"), portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como la revocación del consentimiento prestado para tratamiento de los mismos, comunicándolo por escrito en la dirección antes indicada a esta Asociación o al correo electrónico asfatac@gmail.com. Por otra parte, podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

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: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

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

País / Country _____

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 **O** **Pago único**
Recurrent payment *or* *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 ESTA 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.