



C/ Concepción Arenal, 12 Bajo
12004 Castellón
Tel.: 628 49 32 60
administracion@ascremecv.com
G-97093298

....., a.....de.....de 20....

Sr. Presidente

ASOCIACIÓN C.V. DE CENTROS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (ASCREME):

Solicito hacer llegar a la Junta Directiva de esta Asociación nuestro deseo de integrarnos en la misma, con la condición de miembro asociado, y con todos los derechos y obligaciones que marcan los Estatutos. Y si aquella, de acuerdo con sus atribuciones, estima procedente nuestra integración, solicito la notificación reglamentaria.

NOMBRE DEL CENTRO

PERSONA FÍSICA O JURÍDICA.....

NOMBRE DEL GERENTE O RESPONSABLE DEL CENTRO.....

DOMICILIO DEL CENTRO.....

POBLACIÓN.....CP.....PROVINCIA.....

TELÉFONO..... NIF/CIF..... N° CENTRO.....

E-MAIL.....

Firma y sello:

DOMICILIO BANCARIO PARA EL CARGO DE RECIBOS:

BANCO /CAJA DE AHORROS.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

| Código Iban | Entidad | Oficina | D.C. | Número de Cuenta |
|-------------|---------|---------|------|------------------|
| | | | | |

TITULAR DE LA CUENTA

Nota:

La cuota de inscripción y semestre en curso es de 150€ a ingresar en la cuenta de Bankia **ES05 2038 9616 1630 0154 2864**, posteriormente tendrá que remitir el justificante del pago junto con esta inscripción al e-mail administracion@ascremecv.com

La cuota anual es de 100€ que se cobrará semestralmente mediante recibo domiciliado.



C/ Concepción Arenal, 12 Bajo
12004 Castellón
Tel.: 628 49 32 60
G-97093298

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA-CORE BÁSICO

Referencia de la orden de domiciliación/ *Mandate Reference*:

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza al acreedor (A) a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y (B) a su entidad financiera para efectuar los adeudos correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista exclusivamente para operaciones de empresa a empresa. Usted no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya adeudado en su cuenta, pero tiene derecho a solicitar a su entidad financiera que no adeude en su cuenta hasta la fecha de vencimiento para el cobro del adeudo.

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 8 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

DATOS DEL ACREEDOR / *Information of creditor (A)*

Nombre del Acreedor / *Name of the creditor*: ASOCIACIÓN C.V. DE CENTROS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (ASCREME)

Identificador del Acreedor/*Identifier of the creditor*: G-97093298

Calle/*Street*: C/ Concepción Arenal, 12 Bajo

C.P./ *Postal Code*: 12004

Ciudad/*City*: Castellón

País/*Country*: España

DATOS DEL DEUDOR / *Information of the debtor (B)*

Nombre/*Name*:

Calle/*Street*:

C.P./ *Postal Code*:

Ciudad/*City*:

País/*Country*:

Número de cuenta/ *Account number* IBAN:

SWIFT BIC:

TIPO DE PAGO/*Type of payment*: Periódico/*Recurrent*

Pago único/*One-off payment*

Localidad en donde se firma/*City or town in which you are signing*:

Fecha/*Date*:

Firma/*Signature*:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA

El tratamiento y finalidad de estos datos está definido en nuestra política de privacidad, puede visitarla en <http://ascremevc.com/aviso-legal/>