



SOLICITUD DE ALTA COMO SOCIO

SOCIEDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL NORTE

D. / Dña. _____, con DNI _____,

dirección en _____

_____, código postal _____, teléfono _____,

correo electrónico _____ y con centro de

trabajo en _____ y

especialidad _____; solicita el ingreso en la

Sociedad de Enfermedades Infecciosas del Norte, comprometiéndose a cumplir los

Estatutos de dicha Sociedad así como los demás derechos y deberes que se aprueben

según dictan las normas de régimen interno y los citados Estatutos*.

Firma: _____

En _____ con fecha _____ de _____

*De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos consignados se incorporarán a un fichero titularidad de la SOCIEDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL NORTE, con CIF número G 31568405 y domicilio en Calle Aoiz 7, 4ºC - 31004, Pamplona. La finalidad de dicho tratamiento es prestarle un óptimo servicio como asociado y el mantenimiento de la relación en su caso establecida. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con los fines indicados. De igual modo, autorizan el envío de actualizaciones de los servicios y al envío, por medios tradicionales y vía electrónica, a los efectos de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico, de información comercial acerca de productos y servicios ofrecidos por la sociedad. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique dirigido a nuestra dirección arriba reseñada. Asimismo, y de igual manera, puede revocar el consentimiento prestado a la recepción de comunicaciones comerciales de conformidad con lo dispuesto en la Ley 34/2002.



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: SEINORTE
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____
Sociedad de Enfermedades Infecciosas del Norte

Dirección / Address _____
C/ Aoiz 7, 4°C

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____
31004 – Pamplona - NAVARRA

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 (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: **Pago recurrente** **Pago único**
Type of payment 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.