SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

FICHA DE SOCIO

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO:

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

DNI

PERFIL LABORAL

Facultativo adjunto ☐

Facultativo residente ☐

FECHA FINALIZACIÓN RESIDENCIA (dd/mm/aa)

Especialista en Pediatría ☐

Especialista en Reumatología ☐

Lugar de trabajo:

Dedicación a la Reumatología Pediátrica:

< 1 día/semana ☐ 1-2 días/semana ☐ 3-4 días/semana ☐ Dedicación completa ☐

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Identificador del acreedor : E S
Creditor Identifier

Nombre del Acreedor : SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA (SERPE)
Creditor´s Name

Dirección : Paseo Pintor Rosales 22, 1º Derecha
Address

Código Postal –Población : 28008
Postal Code- City

Provincia – País : ESPAÑA
Town-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 eigth 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 :
Name of the debtor(s)
(Titular/es de la cuenta de cargo- *Account holder/s*)

Dirección del deudor :
Address of the debtor

Código postal - Población :
Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor :
Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Número de cuenta- IBAN : ES
Account number of the debt- IBAN

Tipo de pago :
Type of payment

☐ **Pago recurrente** *Recurrent payment*
Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

o *or*

☐ **Pago único** *One/off payment*
Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad :
Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es :
Signature(s) of the debtor(s)

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.