

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS COLABORADORES



Asociación de Enfermedades Raras
de Castilla y León
CIF: G37539293
C/ Abraham Zacut 9, Bajo, 37003 Salamanca

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:

Nº de socio:

Fecha de alta:

Fecha de baja:

PAGO CUOTA SOCIO/A COLABORADOR/A

- La cuota acordada en 2014 para pertenecer a la Asociación es de 50 euros anuales por afectado. Si dicho socio colaborador pertenece al núcleo familiar de un socio afectado por Enfermedad Rara, su cuota podrá ser de 10 €.
- El socio colaborador es ajeno y desea simplemente ayudar, puede abonar aquella cuota que desee (no se establece mínimo ni máximo para ser socio colaborador).
- El socio colaborador será informado de todo lo relacionado con la asociación, de la misma manera que un socio de número.
- El socio colaborador tendrá derecho a asistir a las reuniones y asambleas, con voz pero no derecho a voto en las decisiones que en las mismas se tomen.
- Para beneficiarse de las colaboraciones y descuentos de profesionales que reciben los miembros de la asociación, el asociado colaborador debe haber abonado la cuota establecida de 50 €, entendiéndose que si abona la cuota reducida de 10€ ésta será una aportación voluntaria con el objeto de colaborar con nuestra entidad y no de recibir beneficios a cambio.
- Estas cuotas se revisaran anualmente en la Asamblea de socios.
- El pago podrá realizarse en pago único o fraccionado (en el caso de abonar la cuota de 50 €). El pago será único en el caso de abonar la cuota reducida (10€).
- El pago único se realizará dentro de los diez primeros días del mes de febrero.
- El pago fraccionado será semestral, realizándose el primer pago de 25 € dentro de los diez primeros días del mes de febrero, y otros 25 € dentro de los diez primeros días del mes de julio.
- El no pago de la cuota o fracción se considerará como voluntad del/a asociado/a de causar baja en AERSCYL (según lo establecido en los estatutos de la asociación).
- La CUOTA, ya sea pago único o fraccionado se efectuará mediante domiciliación bancaria, para lo que es imprescindible entregar rellenado y correctamente firmado el documento de Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA que se adjunta a continuación.

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE SOCIOS COLABORADORES



Asociación de Enfermedades Raras
de Castilla y León
CIF: G37539293
C/ Abraham Zacut 9, Bajo, 37003 Salamanca

A rellenar por AERSCYL

Tipo de socio:
Nº de socio:
Fecha de alta:
Fecha de baja:

Logotipo
Acreedor

Logo Creditor

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA B2B SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

Identificador del acreedor :

Creditor Identifier

E S

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor :

Creditor's Name

Dirección :

Address

Código Postal –Población :

Postal Code- City

Provincia – País :

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. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) {NAME OF 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 {NAME OF CREDITOR}. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.

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 :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN :

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago :

Type of payment

Pago recurrente

Recurrent payment

o

or

Pago único

One/off payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

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)