

SOL·LICITUD D'ALTA COM A SOCI/SÒCIA

		SOCI/SÒCIA NÚM.		
1er Cognom	2n Cognom	Nom		
Adreça:	Població:	CD Postal i Província		
Data i lloc de naixement	Idioma	DNI amb NIF		
Telèfon fix:	Telèfon mòbil:	Correu-e		
DADES DIAGNÒSTIQUES				
Diagnosticat/da de:	Pel Dr./a:	Data diagnòstic:	Invalidesa	Grau discapacitat
☐ SFC/EM			☐ TOTAL ☐ ABSOLUTA	%
☐ FM				
☐ SQM				
☐ EHS				

PROFESSIÓ:		SITUACIÓ LABORAL:		EN ALTA	DE BAIXA
-------------------	--	--------------------------	--	----------------	-----------------

☐	Dono el meu consentiment perquè m'enviïn informació de l'associació per correu-e
☐	Dono el meu consentiment perquè m'incloguin al grup de WhatsApp ACSFCM INFO
☐	Dono el meu consentiment perquè m'incloguin al grup de WhatsApp Notícies mèdiques
☐	Dono el meu consentiment perquè m'incloguin al grup de WhatsApp Amics de l'ACSFCM

El responsable del Tractament de les seves dades personals, ASSOCIACIÓ CATALANA D'AFECTATS PER LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA O ENCEFALOMIELITIS MIÀLGICA, l'informa que les seves dades sols s'utilitzaran per les relacions pròpies de l'entitat amb les persones associades i no es cediran a tercers. Les seves dades seran conservades durant el temps que duri la condició d'associat. De conformitat amb la normativa vigent en Protecció de Dades, vostè pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oblit, etc. enviant un correu electrònic a acsfcem@acsfcem.org

Lloc i Data	Signatura

Acompanyar fotocòpia del DNI i del diagnòstic

Membre del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya

Registre d'Associacions de la Generalitat de Catalunya nº 22620 secc.1 - NIF: G62485446

Ordre SEPA de domiciliació de dèbit directe

SEPA Direct Debit Mandate

A completar pel creditor To be completed by the creditor	Referència de l'ordre de domiciliació / <i>Mandate reference</i>
	Identificador del creditor / <i>Creditor identifier</i> ES97000G62485446
	Nom del creditor / <i>Creditor's name</i> ASSOCIACIÓ CATALANA D'AFECTATS PER LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA O ENCEFALOMIELITIS MIALGICA
	Adreça / <i>Address</i> PLAÇA COMAS 13-14 bjs
	Codi postal – Població – Província / <i>Postal Code – City – Town</i> 08028 – BARCELONA - BARCELONA
	País / <i>Country</i> ESPANYA

Mitjançant la signatura d'aquest formulari d'ordre de domiciliació, autoritzeu a (A) a enviar ordres al vostre entitat financera per debitar càrrecs al vostre compte i (B) a la seva entitat financera per debitar els imports corresponents al vostre compte d'acord amb les instruccions de . Entre altres, teniu dret a ser reemborsat per la vostra entitat financera d'acord amb els termes i condicions del contracte subscrit amb la vostra entitat financera. En tot cas aquest reemborsament haurà de ser instat per part vostra en el termini màxim de 8 setmanes a partir de la data en que es va debitar en el seu compte. Informació addicional sobre els seus drets relatius a aquesta ordre es troba a la seva disposició en la seva entitat.

By signing this mandate form, you authorise (A) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from . 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 regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A completar pel deutor To be completed by the debtor	Nom del deutor/s / <i>Debtor's name</i> (titular/s del compte de càrrec)		
	Adreça del deutor / <i>address of the debtor</i>		
	Codi postal – Població – Província / <i>Postal code – City – Town</i>		
	País del deutor / <i>Country of the debtor</i> ESPANYA		
	Swift BIC (pot contenir 8 o 11 posicions) / <i>Swift BIC (up to 8 or 11 characters)</i>		
	Número de compte – IBAN / <i>Account number – IBAN</i>		
	A Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES <i>Spanish IBAN of 24 positions always starting ES</i>		
Tipus de pagament: <i>Type of payment</i>	☒ Pagament periòdic <i>Recurrent payment</i>	o <i>or</i>	☐ Pagament únic <i>one-off payment</i>
Data – Localitat: _____ <i>Date – location in which you are signing</i>			

Signatura del deutor:

Signature of the debtor

TOTS ELS CAMPS HAN DE SER EMPLENATS

OBLIGATÒRIAMENT.

UN COP SIGNADA AQUESTA ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENVIADA AL CREDITOR PER A LA SEVA CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.