Asociación de Empresarios de Óptica de la Provincia de Lugo

Pza. Santo Domingo, 6-8-2º
27001 Lugo
Tlf.: 982 231 150 Fax: 982 246 211

Sello de registro

V15

Nº Socio
no cubrir
121 /

SOLICITUD DE INGRESO

Datos identificativos y de contacto

Representante		N.I.F.
Empresa[1] (*)		C.I.F. (*)
Dirección[1] (*)		
C.Postal[1] (*)	Localidad[1] (*)	Provincia LUGO
Teléfonos[1]		Fax
E-mail		

Datos de actividad

Plantilla media anual (*)	Facturación anual aprox. €	C.N.A.E.	Página web
Actividad[1] (*)			
Epígrafes de I.A.E.			
Convenio(s) colectivo(s) que aplica			
Normas ISO implantadas		Otros datos	☐ Importadora ☐ Exportadora ☐ Empresa familiar

IBAN

Titular de la cuenta bancaria (*)

IBAN cuenta bancaria (*) En España tiene 24 dígitos.

Info.CEL

Si no desea recibir información de la CEL, tal como cursos, jornadas, convenios, etc. marque aquí ☐ No

Si desea claves de acceso a la web de la CEL marque aquí: ☐ Sí

L.O.P.D.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 y RD 1720/2007, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que:

a) Los datos de carácter personal recogidos en este formulario pasarán a formar parte de un fichero, propiedad de esta Asociación e inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, con el fin de gestionar los servicios derivados de su incorporación. Los únicos destinatarios de los mismos, con la salvedad de los casos especificados en el apartado "Cesión de Datos", serán esta Asociación y la Confederación de Empresarios de Lugo, como encargada del tratamiento de los mismos, quien los incorporará a un fichero automatizado titularidad de ésta, asimismo inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos.

b) Únicamente los apartados marcados con un asterisco son obligatorios.

c) La ausencia de alguno de los datos considerados obligatorios puede acarrear que el alta no sea efectiva.

d) La citada Ley le reconoce los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento automatizado de sus datos. Para ejercerlos, deberá remitir un escrito a esta Asociación, cuya dirección y fax figuran en el encabezado de este formulario.

e) El responsable del tratamiento de estos datos, así como su dirección, figuran en el encabezado de este formulario.

(1) Cesión de datos

Si no permite la cesión a terceros de los datos marcados con la llamada *"(1)"*, marque la siguiente casilla: ☐ No
En caso afirmativo, sólo cederemos los *datos "(1)"* en aquellas ocasiones que estimemos interesantes para su empresa.

Los datos sin esta llamada en ningún caso se facilitarán a terceros, salvo los estrictamente necesarios a nuestras entidades bancarias a la hora de emitir los recibos pertinentes y a la Confederación de Empresarios de Lugo (ver recuadro "L.O.P.D." Adjunto).

Firma

◉ Deshabilitar firma digital ○ Habilitar firma digital

La empresa arriba descrita solicita ingresar como asociada en esta Asociación y se compromete, de ser admitida, a cumplir los Estatutos. Quedo informado de que el alta es provisional hasta su aprobación definitiva por los órganos de gobierno competentes.

En _____, a ___ de _____ de ____

Firma

Fdo.: _____

Sr./Sra.Presidente de la Asociación de Empresarios de Óptica de la Prov. de Lugo

(*) Datos de carácter obligatorio

Asociación de Empresarios de Óptica de la Provincia de Lugo

Pza. Santo Domingo, 6-8-2º
27001 Lugo
Tlf.: 982 231 150 Fax: 982 246 211

Sello de registro

V15

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 / *Creditor identifier* ES14121G27419597		
Nombre del acreedor / *Creditor's name* Asociación de Empresarios de Optica de la Provincia de Lugo		
Dirección / *Address* PZ Santo Domingo, 6-8 2ª-planta		
Cód.Postal / *Postal Code* 27001	Localidad - Provincia / *City - Town* Lugo - Lugo	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 en 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 authorize:

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 from the date on which your account was debited. Your rights are explaned in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor / *To be completed by the debtor*

Nombre del deudor / *Debtor's name*		
Dirección / *Address*		
Cód.Postal / *Postal Code*	Localidad - Provincia / *City - Town*	País / *Country*
Swift BIC (8 u 11 caracteres) / *Swift BIC (up to 8 or 11 characters*		
Nº de cuenta - IBAN / *Account number - IBAN*		
Tipo de pago / *Type of payment* ☐ Pago recurrente / *Recurrent payment* o / *or* ☐ Pago único / *One-off payment*		Firma del deudor / *Signature of the debtor*
Localidad y fecha / *Date - location in which you are signing*		

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.