

**BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN SOCIOS/AS**

Nombre: Apellidos:

NIF: Domicilio:

Calle/ Plaza: Provincia:

D. Postal Teléfono: Móvil: Correo electrónico: Profesión / Sector: Entidad Bancaria: Sucursal:

Nº Cta./ Lta. (20 dígitos):

# Cuotas (Señalar lo que proceda)

*( ) Socio/a protector/a (entidad)100€ / año*

*( ) Socio/a ordinario/a (persona física) 42€ /año ( ) Socio/a Estudiante 12€ /año*

*( ) Aportación económica voluntaria (indicar cantidad):*

# Cumplimentar y enviar a:

* *Correo electrónico:*

secretaria@asociacionrea.org

*Cuando recibamos tu inscripción te contestaremos inmediatamente.*

( ) Autorizo a REA para que utilice la información de contacto de este formulario para mantenerme informado/a de sus actuaciones y novedades.

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se advierte que los datos de carácter personal se incluirán en los ficheros creados por Asociación Castellano-Leonesa para la Defensa de la Infancia y la Juventud (REA) para el envío de información relacionada con la actividad de la Asociación. La persona afectada podrá acceder a sus datos personales, rectificarlos o en su caso cancelarlos mediante comunicación por escrito dirigida a la REA (Calle Estadio nº 7 Entreplanta B , 47006 Valladolid. Teléfono: 626 167 531. E-mail: secretaria@asociacionrea.org , como responsable del fichero.



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA*****SEPA DirectDebit Mandate*** |
| Referencia de la orden de domiciliación / *Mandate reference REA*Identificador del acreedor / Creditor´sidentifier:Nombre del acreedor / *Creditor´sname: ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA PARA LA DEFENSA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD*Dirección / *Address: Calle Estadio, 10.*Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:47006, VALLADOLID*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 su cuenta, Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.** |
|  | Nombre del deudor / *Debtor´sname*:Dirección del deudor / *Address of thedebtor:*Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town:*País del deudor / *Country of thedebtor:*Switf BIC / *Switf BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Switf BIC (up to 8 or 11 characters)*Número de cuenta – IBAN / *Accountnumber – IBAN*Tipo de pago: ☐ Pago recurrente / *Recurrentpayment*☐Pago único / *One-off payment*Fecha – Localidad / *Date – location in wichyou are signing:*Firma del deudor / *Signature of thedebtor***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 STOGARE.** |  |