



SOLICITUD DE ALTA DE SOCIA/O

Nombre:	Apellidos:	NIF:
Dirección:		
Código Postal:	Población:	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:	

Deseo colaborar con la Asociación Arraianas como socia/o, domiciliando mi aportación económica en mi banco/caja hasta nuevo aviso.
Autorizo el tratamiento de mis datos con la única finalidad de gestionar mi colaboración como socia/o en los términos abajo reflejados.

Titular de la cuenta bancaria:				
IBAN:				
Importe cuota: ___€	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

La cuota mínima para colaborar como socia/o de Arraianas es de 10€ al año. El 100% de los fondos recibidos irán destinados a financiar a la Asociación Arraianas. Regularmente las socias y socios recibirán información sobre el desarrollo de la asociación y la aplicación de los fondos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Información básica sobre protección de datos de carácter personal.

En cumplimiento del RGPD y la LOPDPGDD se informa a la persona interesada de lo siguiente:

Responsable: Identidad: Asociación Arraianas CIF: G70179189 Dirección: Hórreo, 22 -3º, 15701 Santiago de Compostela (A Coruña) Teléfono: 622145085 Correo electrónico: arraianas@arraianas.org Finalidades: Gestión administrativa de socios y colaboradores de la Asociación Arraianas. Emisión de certificados a efectos fiscales. Legitimación: RGPD: art. 6.1. Consentimiento del interesado, ejecución de un contrato. LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Colectivo: Personas físicas o jurídicas que deseen ser socios o colaboradores de la Asociación Arraianas. Categorías de Datos: Nombre y apellidos, número identificación fiscal, dirección, número de teléfono, firma, correo electrónico, firma electrónica, características personales, económicos financieros y de seguros, Transacciones de bienes y servicios, información comercial. Cesiones: No se cederán los datos a terceros, salvo su consentimiento expreso o las excepciones previstas por la normativa vigente (compañías de seguros, Agencia Tributaria, organismos Seguridad Social...) o existencia de empresas a las que la entidad encomiende la gestión de alguno de los tratamientos. En el caso de que se soliciten o contraten servicios o suministros con entidades fuera del Espacio Económico Europeo, las transferencias internacionales de los datos estarán amparadas por el RGPD. Derechos: Acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición, reclamación ante la AEPD y no ser objeto de elaboración de perfiles. Derecho a revocar el consentimiento prestado. Más info: Se puede consultar más información contactando con la Asociación.

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: Cuota de socia/o de Arraianas

Mandate reference

Identificador del acreedor : G 70179189

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Asociación Arraianas

Dirección / Address

Rúa do Hórreo, 22, 3º.

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

15701. Santiago de Compostela

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 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 eight 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 / Debtor's name

(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:

Type of payment

Pago recurrente

Recurrent payment

o

or

Pago único

One-off payment

Fecha – Localidad:

Date - location in which you are signing

Firma del deudor:

Signature of the debtor

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.