

## SOL·LICITUD D'ALTA DE SOCI DE L'ASSOCIACIÓ DE METGES DE L'ACTIVITAT SANITÀRIA PRIVADA (AMAPRI)

---

Si us plau, és imprescindible emplenar tots els camps ombrejats. Moltes gràcies.

### DADES DE LA PERSONA JURÍDICA

Raó social			
Número de NIF			
Adreça (domicili fiscal)			
Codi postal	Població	Província	
Telèfon	Mòbil	Pagina web	
Correu electrònic			
Número de col·legiat		del Col·legi Oficial de Metges de	

### DADES DEL/LA REPRESENTANT LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA

Nom i cognoms			
Número de DNI/NIE			
Correu electrònic		Mòbil	



**ORDRE DE DOMICILIACIÓ DE DEUTE DIRECTE SEPA - CORE**

Referència de l'ordre de domiciliació/ Mandate Reference: \_\_\_\_\_

Mitjançant la signatura d'aquest formulari d'ordre de domiciliació, vostè autoritza el creditor (A) AMAPRI a enviar ordres a la seva entitat financera per carregar-ne els imports en el seu compte i (B) a la seva entitat financera per carregar els imports corresponents en el seu compte d'acord amb les ordres del creditor. Com a part dels seus drets, té dret a ser reemborsat per la seva entitat financera d'acord amb els termes i condicions del contracte subscrit amb la seva entitat financera. L'esmentat reemborsament haurà de reclamar-se en un termini màxim de 8 setmanes a partir de la data en què s'hagi realitzat el deute en el seu compte.

*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 8 weeks starting from the date on which your account was debit. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

**DADES DEL DEUTOR/Information of the debtor**

Nom/Name: \_\_\_\_\_

Carrer/Street: \_\_\_\_\_

C.P./ Postal Code: \_\_\_\_\_ Ciutat/City: \_\_\_\_\_ País/Country: \_\_\_\_\_

Número de compte/ Account number

 IBAN:                     

 SWIFT BIC:                     
**DADES DEL CREDITOR/ Information of creditor**

Nom del Creditor / Name of the creditor: ASSOCIACIÓ DE METGES DE L'ACTIVITAT SANITÀRIA PRIVADA

Identificador del Creditor/Identifier of the creditor:

Carrer/Street: Viladomat 174

C.P./ Postal Code: 08015 Ciutat/City: BARCELONA País/Country: ESPANYA

**TIPUS DE PAGAMENT/Type of payment:**  Periòdico/Recurrent  Pagament únic/One-off

Localitat on es signa/City or town in which you are signing:

Data/Date: \_\_\_\_\_

Signatura/Signature: \_\_\_\_\_

**TOTS ELS CAMPS HAN DE SER EMPLENATS OBLIGATÒRIAMENT. UNA VEGADA SIGNADA AQUESTA ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENVIADA AL CREDITOR PER A LA SEVA CUSTÒDIA.**

**TRACTAMENT DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL I TRAMESA D'INFORMACIÓ  
MITJANÇANT CORREU ELECTRÒNIC**

De conformitat amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades personals s'informa que les dades personals facilitades, tant personals com professionals, seran tractades pel Responsable del Tractament, L'ASSOCIACIÓ DE METGES DE L'ACTIVITAT SANITÀRIA PRIVADA (d'ara endavant, AMAPRI), - les dades de la qual es troben a la pàgina web [www.amapri.org](http://www.amapri.org) - amb la finalitat de gestionar la sol·licitud d'alta a l'Associació i donar compliment a la relació d'associat que ara s'inicia i als diferents serveis concertats.

Les dades seran conservades mentre es mantingui la vostra vinculació com associat, durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a la qual es tractaran les dades personals i per atendre les possibles responsabilitats que es puguin derivar de l'esmentada finalitat.

No cedirem les vostres dades personals a tercers, llevat que sigui necessari per a la gestió la vostra condició d'associat i per a prestar-vos els serveis convinguts, en compliment d'una obligació legal o bé que ho hàgiu pactat prèviament amb AMAPRI.

Així mateix, d'acord amb l'article 21 de la Llei 34/2002, d'11 de juny, de Serveis de la Societat de la Informació (LSSI), us informem que, en cas que ens doneu el vostre consentiment marcant la casella corresponent, periòdicament rebreu informació de la nostra entitat, així com altra informació d'interès per mantenir-vos informats sobre les activitats, serveis i avantatges dels quals us podeu beneficiar com a socis de AMAPRI.

- Dono el meu consentiment perquè AMAPRI pugui utilitzar les dades facilitades per a poder informar-me de les novetats, serveis i notícies de l'associació, a través de diferents canals de comunicació com, per exemple, butlletins electrònics.

Les trameses es farien a les adreces postals i de correu electrònic que ens hàgiu facilitat en aquest document i a les que pugueu facilitar en un futur.

En qualsevol moment podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les vostres dades, de limitació i oposició al seu tractament, així com a no ser objecte de decisions automatitzades. Per a això, us podeu dirigir a AMAPRI per correu postal al C/Viladomat, 174. 08015 Barcelona, o mitjançant correu electrònic a [info@amapri.org](mailto:info@amapri.org). Podeu, també, presentar reclamació davant l'autoritat de control.

En nom de  (EMPRESA)

Persona que signa:  En qualitat de:

Signatura

Lloc i data: