



# MEMBERSHIP REGISTRATION FORM

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Annual membership fee | Cuota de colaboración anual

Associate member | Socios ACISE / ACEESE  30€

Associate member to another entity | Socios de otra entidad \*  40€

Non-member to any entity | No socio de ninguna entidad  60€

Entities or Associations | Entidades o Asociaciones  120€

\*Se deberá enviar adjunto un certificado acreditativo de pertenencia a la asociación. | \*A membership letter must be attached to this form.  
Todas las cuotas de colaboración son desgravables en el impuesto sobre la renta. | All collaboration fees are tax deductible in income tax.

### Member's contact information | Información de contacto

Full name | Nombre completo:  ID number | DNI:

Home address | Domicilio:  Zip code | CP:

City, province/state and country | Ciudad, provincia/estado y país :

Mobile | Móvil:  Email:

### Direct debit mandate | Orden de domiciliación

IBAN:

BIC / SWIFT:

By signing this direct debit order, the debtor authorizes (1) the creditor to send instructions to the debtor's entity to debit his account and (2) to the entity to make debits to his account following the creditor's instructions. As part of their rights, the debtor is entitled to be reimbursed by his entity following the terms and conditions of the contract signed. The reimbursement request must be made within the eight weeks following the date of debiting the account.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (1) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (2) 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.

Agree | Acepto

Signature | Firma

Date | Fecha (dd/mm/yy):  Place | Lugar:

Creditor TAX data:

Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE).

NIF G-17798190. Address | Domicilio: c/Massana 4, 1-2. 17600. Figueras, Girona. España.

The personal data collected in this form will be managed by the Catalan Association of Nursing and School Health (Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar - ACISE). All information collected will remain private. Your personal data and contact information will be managed for membership registration purposes only and invoice issue, as well as to facilitate the communication between you and ISNA (International Association of School Nurses and Health Promotion) associate members. In accordance with the DATA PROTECTION ACT 15/1999, you have the right to exercise your rights to access, modify, cancel and oppose at any time by means of sending a written notice to: [acise.2015@gmail.com](mailto:acise.2015@gmail.com) or [aceese.nacional@gmail.com](mailto:aceese.nacional@gmail.com).

Los datos personales recopilados en este formulario serán gestionados por la Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE). Toda la información recopilada seguirá siendo privada. Sus datos personales e información de contacto se gestionarán solo con fines de registro como socio/a y la emisión de facturas, así como para facilitar la comunicación entre usted y los miembros asociación a ISNA (International Association of School Nurses and Health Promotion). De conformidad con la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS 15/1999, tiene derecho a ejercer sus derecho de acceso, modificación, cancelación y oposición en cualquier momento mediante el envío de un aviso por escrito a: [acise.2015@gmail.com](mailto:acise.2015@gmail.com) o [aceese.nacional@gmail.com](mailto:aceese.nacional@gmail.com).

