



**ANESTEX**  
**ASOCIACION EXTREMEÑA DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN**  
**Y TERAPIA DEL DOLOR**

**BOLETIN DE INSCRIPCIÓN**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Titulación \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo \_\_\_\_\_

Deseando ser inscrito como miembro de la Asociación, ruego me pasen al cobro las cuotas anuales de 20€ a la cuenta bancaria abajo especificada.

La totalidad o parte de los datos personales reseñados en esta ficha podrán incorporarse a un fichero de datos del que es responsable ANESTEX y que tiene por objetos la adecuada organización y presentación de las actividades y servicios de la Asociación. Los que suscriben dicha ficha garantizan la veracidad de los datos personales facilitados y se comprometen a comunicar cualquier actualización de los mismos. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los titulares de los datos tienen reconocido y podrán ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante escrito dirigido a la Asociación ANESTEX.

**ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA**

Referencia : \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Cod. Postal – Población \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a domiciliar los recibos recurrentes emitidos por la ASOCIACION EXTREMEÑA DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR (en adelante ANESTEX), en la cuenta bancaria siguiente (IBAN)

Código BIC/SWIFT

Cáceres, \_\_\_\_\_

(Fecha)

Firmado \_\_\_\_\_

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza al acreedor (A) ANESTEX a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y (B) a su entidad financiera para efectuar los adeudos correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista exclusivamente para operaciones de empresa a empresa. Usted no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya adeudado en su cuenta, pero tiene derecho a solicitar a su entidad financiera que no adeude en su cuenta hasta la fecha de vencimiento para el cobro del adeudo.

*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 debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank*

ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. ANESTEX. CIF G06395057. Avda. Virgen de Guadalupe, 20. Cáceres.

ESTA INSCRIPCIÓN Y ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENTREGADA A LOS VOCALES DE CADA HOSPITAL DE ANESTEX.