

### INSCRIPCIÓN SOCIO /COLABORADOR

Nombre y Apellidos:	_____		
DNI/NIF:	_____		
Dirección:	_____		
Población:	_____	C.P:	_____
Email:	_____		
Teléfono:	_____		

### PAGO CUOTA POR CUENTA DEL SOCIO COLABORADOR

Tipo de cuota:	_____
Cantidad:	_____
Número de Cuenta de la Asociación: La Caixa: ES41 2100 6617 8422 0043 4920	

### PAGO DOMICILIADO

Tipo de cuota:	Trimestral: <input type="checkbox"/>	Semestral: <input type="checkbox"/>	Anual: <input type="checkbox"/>
Cantidad:	_____		
** Para las domiciliaciones, se deberá aportar el documento SEPA adjunto.			

Autorizo a CoordiCANARIAS · Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias para tratar e incorporar mis datos personales, en un fichero automatizado con la finalidad de tramitar el alta como socio/a.

Para CoordiCANARIAS · Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias es norma el estricto cumplimiento de toda la normativa y, especialmente, en lo referente a la Protección de Datos de Carácter Personal, por tal motivo, le informamos por la relación profesional que mantenemos, que:

Reconoce que la información y los datos personales recogidos o facilitados son exactos y veraces. Por tal razón le pedimos que comunique inmediatamente cualquier modificación de sus datos de carácter personal para que la información que contienen nuestros ficheros esté siempre actualizada y no contenga errores.

#### Información básica sobre Protección de Datos

RESPONSABLE · CoordiCANARIAS · Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias | FINALIDAD DEL TRATAMIENTO · Mantener y seguir la gestión como asociado. | LEGITIMACIÓN · Consentimiento del interesado y/o cumplimiento de/l servicio/s y/o contrato/s | DESTINATARIOS · No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal | DERECHOS · Usted podrá solicitar el acceso, rectificación y/o supresión de sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://coordicanarias.avisolegal.info/>.

COORDINADORA DE PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD FÍSICA DE CANARIAS

FIRMA

C/ ZURBARÁN, 7, LOCAL 3 · LOS ANDENES 38108 · SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA · 922 215 909 · 695 916 910 / 913  
INFO@COORDICANARIAS.COM | COORDICAN | @COORDICANARIAS

Parte de tí

**A Cumplimentar por el Acreedor** *To be completed by the creditor*

<b>Referencia orden domiciliación:</b> <i>Mandate Reference</i>	
<b>Nombre del acreedor:</b> <i>Creditor Identifier</i>	<b>CoordiCANARIAS · Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias</b>
<b>Identificador acreedor:</b> <i>Creditor's name</i>	
<b>Dirección:</b> <i>Address</i>	C/ Zurbarán 7 - Local 3 , Los Andenes
<b>Código postal / Población / Provincia:</b> <i>Postal Code / City / Town</i>	38108 San Cristóbal de La Laguna
<b>País:</b> <i>Country</i>	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 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*

<b>Nombre del deudor/es:</b> <i>(Titular de la cuenta de cargo)</i> <i>Debtor's name</i>	
<b>Dirección del deudor:</b> <i>Address of the debtor</i>	
<b>Código postal / Población / Provincia:</b> <i>Postal Code / City / Town</i>	
<b>País del deudor:</b> <i>Country of the debtor</i>	

**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

**Pago Único**  
One-off payment

<b>Fecha - Localidad:</b> <i>Date – location in which you are signing</i>	
<b>Firma del Deudor</b> <i>Signature of the debtor</i>	

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA A CoordiCANARIAS  
*ALL GAPS ARE MANDATORY ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CoordiCANARIAS*

**Información básica sobre Protección de Datos**

RESPONSABLE · CoordiCANARIAS · Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias | FINALIDAD DEL TRATAMIENTO · La domiciliación bancaria de recibos | LEGITIMACIÓN · Consentimiento del interesado y/o cumplimiento de/l servicio/s y/o contrato/s | DESTINATARIOS · No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. El presente documento, podrá ser facilitado a nuestra entidad bancaria para la justificación del recibo domiciliado | DERECHOS · Usted podrá solicitar el acceso, rectificación y/o supresión de sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:

<http://coordicanarias.avisoalegal.info/>.