



C/ Concepción Arenal, 12 Bajo  
12004 Castellón  
Tel.: 628 49 32 60  
administracion@ascremecv.com  
G-97093298

....., a.....de.....de 20....

Sr./a Presidente/a

ASOCIACIÓN C.V. DE CENTROS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (ASCREME):

Solicito hacer llegar a la Junta Directiva de esta Asociación nuestro deseo de integrarnos en la misma, con la condición de miembro asociado, y con todos los derechos y obligaciones que marcan los Estatutos. Y si aquella, de acuerdo con sus atribuciones, estima procedente nuestra integración, solicito la notificación reglamentaria.

RAZÓN SOCIAL.....

NOMBRE COMERCIAL .....

NOMBRE DEL GERENTE O RESPONSABLE DEL CENTRO.....

.....

DOMICILIO FISCAL.....

POBLACIÓN.....CP.....PROVINCIA.....

DOMICILIO COMERCIAL (EL MISMO ☐ ).....

POBLACIÓN.....CP.....PROVINCIA.....

TELÉFONO..... NIF/CIF..... N° REGISTRO DGT.....

E-MAIL.....

Firma y sello:

DOMICILIO BANCARIO PARA EL CARGO DE RECIBOS:

BANCO /CAJA DE AHORROS.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

| Código Iban | Entidad | Oficina | D.C. | Número de Cuenta |
|-------------|---------|---------|------|------------------|
|             |         |         |      |                  |

TITULAR DE LA CUENTA .....

**Nota:** La cuota de inscripción y semestre en curso es de 150€ a ingresar en la cuenta de CaixaBank: ES95 2100 6195 9113 0163 3208, posteriormente tendrá que remitir el justificante del pago junto con esta inscripción al e-mail [info@ascremecv.com](mailto:info@ascremecv.com)  
La cuota anual es de 100€ que se cobrará semestralmente mediante recibo domiciliado.



C/ Concepción Arenal, 12 Bajo  
12004 Castellón  
Tel.: 628 49 32 60  
G-97093298

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA-CORE BÁSICO

Referencia de la orden de domiciliación/ *Mandate Reference*:

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza al acreedor (A) 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*

### DATOS DEL ACREEDOR / *Information of creditor (A)*

|                                                                                                                     |                                 |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del Acreedor / <i>Name of the creditor</i> : ASOCIACIÓN C.V. DE CENTROS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (ASCREME) |                                 |                               |
| Identificador del Acreedor/ <i>Identifier of the creditor</i> : G-97093298                                          |                                 |                               |
| Calle/ <i>Street</i> : C/ Concepción Arenal, 12 Bajo                                                                |                                 |                               |
| C.P./ <i>Postal Code</i> : 12004                                                                                    | Ciudad/ <i>City</i> : Castellón | País/ <i>Country</i> : España |

### DATOS DEL DEUDOR / *Information of the debtor (B)*

|                                                                                             |                       |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nombre/ <i>Name</i> :                                                                       |                       |                                                             |
| Calle/ <i>Street</i> :                                                                      |                       |                                                             |
| C.P./ <i>Postal Code</i> :                                                                  | Ciudad/ <i>City</i> : | País/ <i>Country</i> :                                      |
| Número de cuenta/ <i>Account number</i> IBAN:                                               |                       | SWIFT BIC:                                                  |
| TIPO DE PAGO/ <i>Type of payment</i> : Periódico/ <i>Recurrent</i> <input type="checkbox"/> |                       | Pago único/ <i>One-off payment</i> <input type="checkbox"/> |
| Localidad en donde se firma/ <i>City or town in which you are signing</i> :                 |                       | Fecha/ <i>Date</i> :                                        |
| Firma/ <i>Signature</i> :                                                                   |                       |                                                             |

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA