

ACADE

EDUCACIÓN PRIVADA

Ficha y
Solicitud de Inscripción

CENTROS UNIVERSITARIOS
COLEGIOS
F.P.



NOMBRE DEL CENTRO.....

NOMBRE DE LA SOCIEDAD O PERSONA PROPIETARIA.....

CIF/NIF.....Nº PATRONAL (SEGURIDAD SOCIAL).....

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL.....

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR.....

NOTARIO, FECHA Y Nº PROTOCOLO APODERAMIENTO.....

FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO.....

DIRECCIÓN.....

POBLACIÓN.....CÓDIGO POSTAL.....PROVINCIA.....

TELÉFONO.....MAIL.....WEB.....

NÚMERO DE ALUMNOS (ARTÍCULO 19 DE LOS ESTATUTOS DE ACADE):

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DE 10 A 300 ALUMNOS | <input type="checkbox"/> DE 301 A 500 | <input type="checkbox"/> DE 501 A 1.000 |
| <input type="checkbox"/> DE 1.000 A 1.500 ALUMNOS | <input type="checkbox"/> MAS DE 1.500 | |

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES

- | | | | | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| COMEDOR | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRANSPORTE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| RESIDENCIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CENTRO BILINGÜE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

OTROS.....

CENTROS UNIVERSITARIOS

NOMBRE DEL RECTOR O TITULAR DE LA CORRESPONDENCIA.....

TITULACIONES OFICIALES PROPIAS:

RECTOR/DIRECTOR/RESPONSABLE	Nº UNID.	Nº ALUMNOS	FECHA PUBLI. AUTORIZACIÓN
-----------------------------	----------	------------	---------------------------

.....
-------	-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------	-------

TOTAL PERSONAL	DOCENTE.....	NO DOCENTE.....
-----------------------	--------------	-----------------

SUPERFICIE EDIFICADA (M²)..... SUPERFICIE ZONAS VERDES (M²).....

COLEGIOS Y F.P.

NOMBRE DEL DIRECTOR O TITULAR DE LA CORRESPONDENCIA.....

ENSEÑANZAS QUE SE IMPARTEN:.....

	DIRECTOR/RESPONSABLE	Nº UNIDADES	Nº ALUMNOS	FECHA PUBLI. AUTORIZACIÓN
--	----------------------	-------------	------------	---------------------------

Infantil 0/3
--------------	-------	-------	-------	-------

Infantil 3/6
--------------	-------	-------	-------	-------

Primaria
----------	-------	-------	-------	-------

Secundaria
------------	-------	-------	-------	-------

Bachillerato
--------------	-------	-------	-------	-------

F.P.
------	-------	-------	-------	-------

TOTAL PERSONAL	DOCENTE.....	NO DOCENTE.....
-----------------------	--------------	-----------------

SUPERFICIE EDIFICADA (M²) SUPER.DE PATIOS DE RECREO O JARDIN (M²).....

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

D/Dña.....

en representación del Centro.....
solicita su inscripción como miembro de pleno derecho en la Asociación de Centros Autónomos de Enseñanza privada (ACADE), comprometiéndose al cumplimiento de sus Estatutos. (Puede acceder a los Estatutos de ACADE a través de www.acade.es/estatutos).

He leído y acepto las condiciones establecidas en los estatutos de ACADE.

Fecha:....., de..... de 20.....

Firma:

DOCUMENTOS A REMITIR A ACADE PARA AUTORIZAR SU INSCRIPCIÓN COMO ASOCIADO

- DECLARACIÓN JURADA DE QUE EL CENTRO IMPARTE ENSEÑANZA PRIVADA
- FOTOCOPIAS DE LAS AUTORIZACIONES DE LOS DISTINTOS NIVELES EDUCATIVOS DEL CENTRO

OBSERVACIONES:.....

.....

REMITIR A:

C/ Ferraz 85 28008 Madrid
Tel.: 902 104080 - 91 5500102 Fax: 91 5500122
acade@acade.es www.acade.es



Director técnico/ pedagógico
EMail director técnico / pedagogico
Recursos humanos / jurídico
Email recursos humanos / juridico
Administración / contabilidad
EMail administración / contabilidad
Formación trabajadores
EMail formación de los trabajadores
Servicios de comedor
EMail servicios de comedor
Actividades extraescolares
EMail actividades extraescolares
Compras
EMail compras
Calidad
EMail calidad
TIC
EMail TIC
Innovación
EMail innovación
Comunicación
EMail comunicación
Jefe de estudios
EMail jefe de estudios
Orientador
EMail orientador
Director de primaria
EMail director de primaria
Director de infantil
EMail director de infantil

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA /SEPA Direct Debit Mandate

ES48G285344850000000000000000000001

Referencia de la orden de domiciliación - a completar por el acreedor

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a la ASOCIACION DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ASOCIACION DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA. 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. Por favor rellene todos los campos marcados con un *.

Su nombre/Your name

*

Nombre del deudor (es)/Name of the debtor(s)

Su dirección/Your address

*

Nombre de la calle y número/Street name and number

*

Código Postal /Postal Code Ciudad/City

País/Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago/Person on whose behalf payment is made

Su número de cuenta

Your account number

*

Número de cuenta - IBAN /Account number -IBAN

*

SWIFT BIC

Nombre del acreedor

Creditor's name

* ASOCIACION DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA

Nombre del acreedor/Creditor identifier

* ES48001G28534485

Identificador del acreedor/creditor identifier

* C/ FERRAZ 85 28008 MADRID ESPAÑA

Nombre de la calle y número/Street name and number

Código Postal/Postal Code

Ciudad/City

País /Country

Tipo de pago/

Type of payment

Pago recurrente / Recurrent payment

Pago único / One - off payment

Localidad/Location

.....

Localidad donde firma / City or town in which you are signing Fecha/Date

Por favor, firme aquí

Please sign here

Firma (s) / Signature (s)

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, usted autoriza a ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA a enviar órdenes de pago a su entidad financiera para domiciliar los recibos correspondientes a la facturación de los productos y / o servicios que haya contratado. Le informamos que, en caso de no conformidad con el cargo, tendrá 8 semanas para ejercer el derecho a ser reembolsado directamente por su entidad financiera.

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (GDPR), doy permiso para que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad de ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA y que sean tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la relación comercial. Estos datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de las mismas. Asimismo, se le informa que puede retirar el consentimiento en cualquier momento y que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de la limitación u oposición a su tratamiento dirigiéndose a acad@acade.es. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Ferraz 85
28008 Madrid



915 500 102

www.acade.es



acade@acade.es



ACÁDE

EDUCACIÓN PRIVADA

