

Formulario de inscripción de nuevo socio

Información y Consentimientos

Nombre Comercial	<input type="text"/>		
Nombre Fiscal	<input type="text"/>		
NIF-CIF	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Página web	<input type="text"/>	RRSS (FB, Insta, Linkdn...)	<input type="text"/>
Nombre del Representante	<input type="text"/>		
Cargo	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>

INFORMACIÓN TÉCNICA Y LEGAL

		Sí	No
1.	El centro tiene una licencia de apertura valida. Fecha: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	El listado de precios esta visible para los clientes y en la web.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Su centro esta al día con los pagos de la Seguridad Social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Superficie del centro (m2) <input type="text"/>		
5.	Número de aulas <input type="text"/>		
6.	Salidas de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Alumbrado y señalización de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Extintores y contrato de mantenimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Fecha de última revisión de los extintores <input type="text"/>		
10.	Pólizas de seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Cobertura <input type="text"/>		
12.	Número de alumnos/año <input type="text"/>		

Formulario de inscripción de nuevo socio

Información y Consentimientos

INFORMACIÓN PERSONAL DEL CENTRO

1. Número total de empleados (admin, profesores, limpieza, etc)
2. Número de profesores
3. Número de personal administrativo
4. Tipo Contratos:

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Por qué quieren formar parte de ACEDIM?

2. ¿Qué temas le preocupa particularmente a su centro ?

D./Dña _____ en representación del centro _____
solicita la inscripción como miembro de pleno derecho en la asociación de centros de idiomas de la comunidad de Madrid - ACEDIM.

- ACEPTA cumplir los requisitos legales previstos por las leyes generales nacionales, autonómicas y municipales así como las propias de la actividad.
- ACEPTA asumir el código ético de ACEDIM y de la federación nacional FECEI.
- ACEPTA y da conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD" en adelante), para tratar los datos facilitados en el formulario e incorporarlos a los ficheros de los que son responsable
- Denominación social: ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA
Nombre comercial: ACADE Web: <https://educacionprivada.org/> e-mail: acade@acade.es
CIF: G28534485. Domicilio social: C/ FERRAZ, 85, 28008 MADRID Teléfono: 915 50 01 02

Los datos del formulario serán guardados en nuestros ficheros de administración. Asimismo, Vd. nos otorga su consentimiento expreso para que podamos guardar sus datos personales en estos ficheros.

Firma

Fecha:

Orden de domiciliación de Adeudo Directo (SEPA)

INFORMACIÓN ACREEDOR / Information of creditor

Nº de Mandato:

Nombre acreedor/
Name of the creditor:

ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA

Identificador del acreedor/
Identifier of the creditor:

ES48000G28534485

Domicilio fiscal del acreedor/
Address of the creditor:

Calle Ferraz 85, 28008, Madrid, España

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza al acreedor (A) ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA, a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y (B) a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor. Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo máximo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

By signing this mandate form, you authorise (A) ACADE ASOCIACIÓN DE CENTROS AUTÓNOMOS DE ENSEÑANZA PRIVADA 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 debit. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

DATOS DEL DEUDOR / Information of the debtor

Nombre Fiscal/
Fiscal Name

Titular cuenta
bancaria / Bank
Account holder name

NIF-CIF/ ID
NUMBER

Fecha/ Date

Domicilio Fiscal/
Fiscal address

Ciudad/
City

Código Postal/
Postal code

Provincia

País/
Country

IBAN Cuenta bancaria /
Account Number IBAN:

Código SWIFT /
SWIFT code

**Tipo de pago/
Type of payment**

Único/ One-off payment

Recurrente/ Recurrent payment

Firma

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