

ASOCIACION J. WILLIAM FULBRIGHT
Boletín de inscripción para nuevos asociados o de cambio de datos

Para hacerte miembro de la Asociación J W Fulbright¹ cumplimenta este formulario y envíalo al departamento de gestión administrativa de la Asociación por correo electrónico **asocfulbright@gmail.com** o al fax +34 91 710 50 55. El primer año, la cuota será de 1 € en caso de que seael siguiente año a la terminación de tu Beca, en el resto de los casos la cuota será la general, actualmente de 64 € al año. A partir del momento de recibir este boletín, incluiremos la dirección de e-mail indicada en Datos Personales en los envíos de información de nuestras actividades.

Marca con una cruz lo que corresponda:

Inscripción
Cambio de datos

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____
Nombre: _____
Domicilio: _____ Núm.: ____ Piso: ____
Localidad: _____
C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____ Correo-e: _____

DATOS ACADÉMICOS

Tipo de Becario/asociado²:

Fulbright: Programa _____ Cod. Prog.
Comité Conjunto Hispano Americano _____ Cod Prog.
Asociación JW Fulbright _____
Otras instituciones: Programa _____ Cod Prog.
Seminario de Salzburgo _____
Otros: especificar _____ Cod:

Años de disfrute de la Beca: Inicio: [][][][] Final: [][][][]
Años de disfrute de la segunda Beca: Inicio: [][][][] Final: [][][][]

Institución en EEUU _____
Campo de Especialización _____

DATOS PROFESIONALES

Empresa/Entidad: _____
Actividad _____
Cargo _____
Domicilio: _____ Num.: ____ Piso: ____
Localidad: _____
C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____ Correo-e: _____

Nota: Doy mi autorización para que se utilicen estos datos, así como otros básicos de mi campo de especialización y estudios, con el fin de que la Asociación tenga conocimiento de mi campo de especialización y pueda facilitarme eventualmente contactos profesionales ³.

Fecha: __/__/20__

Firma:

¹ Si corresponde, la solicitud será aceptada provisionalmente por la Junta Directiva hasta su ratificación por la Asamblea General.

² Recuadros sombreados a rellenar por la Asociación.

³ Los datos de carácter personal que disponemos de usted, serán o están incorporados a nuestro fichero, denominado "BASE DE DATOS ASOCIACIÓN FULBRIGHT" con código de inscripción en la AEPD con el número 2150482477, siendo éste de uso exclusivo de la Asociación, como responsable del mismo. Este fichero no ha sido ni será cedido a terceros. Usted podrá ejercitar sus derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición, en cualquier momento (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) enviando un correo electrónico a asocfulbright@gmail.com.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA BASICO

Identificador del EMISOR : G79457396

Creditor Identifier

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : ASOCIACIÓN J. WILLIAM FULBRIGHT

Creditor's Name

Dirección : CALLE COLQUIDE, 6 – PORTAL 2- PL. 1ª

Código Postal –Población : 28231 LAS ROZAS DE MADRID

Postal Code- City

Provincia – País : MADRID- ESPAÑA

Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar 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.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre deudor *

Name of the debtor

: _____
(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

NIF deudor *

Id Number of the debtor

: _____

Dirección del deudor *

Address of the debtor

: _____

Código postal – Población *

Postal code and city of the debtor

: _____

Provincia - País del deudor *

Town- Country of the debtor

* : _____

Swift-BIC del banco deudor *

Swift-BIC of the debtor bank

* : _____

Número de cuenta- IBAN *

Account number of the debt- IBAN

* : _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES

Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago*

Type of payment

: **X Pago recurrente**

X Pago recurrente

Recurrent payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Fecha – Localidad*

Date, location in which you are signing

: _____

Firma/s del deudor/es*

Signature(s) of the debtor(s)

: _____

TODOS LOS TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE