

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
NOMBRE	D.N.I. / N.I.F.			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DOMICILIO				
<input type="text"/>				
C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO:	/	/	TELÉFONO 1:	TELÉFONO 2:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>				

DATOS PROFESIONALES

CUERPO		
<input type="text"/>		
ESPECIALIDAD	N.R.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CENTRO DE DESTINO		
<input type="text"/>		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ABONO DE CUOTAS

Nº de cuenta (IBAN):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

En, a de de 20.....
(firma)

Emisor o Acreedor: ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE INSTITUTO DE ANDALUCÍA Identificador de Emisor: (Código de País+DC+Sufijo+NIF) ES93001G91038729		(Logo del Emisor) 
Dirección Emisor (Nombre de la calle y número) * Apartado de Correos 507		
Código Postal/Localidad: * 18690 - Almuñécar (Granada)		País: * España
Referencia única de mandato: * A completar por el emisor		

Deudor

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

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 de 8 semanas a partir de la fecha de en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor (Persona/Empresa) *	
Dirección (Nombre de la calle y número) *	
Código Postal/Localidad: *	País: *
Número de cuenta adeudo: IBAN*	BIC entidad deudora: *
Tipo de pago: * <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Único	
Fecha /lugar de Firma: *	
Firma (s) * Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias	
NIF /Nombre:	NIF/Nombre:
Observaciones: Indique número de contrato, descripción del contrato, si hace el pago en nombre de otra persona o entidad, propósito del adeudo...	