



SOL·LICITUD ADHESIÓ

**Poden enviar aquesta sol·licitud d'adhesió per:
email: inscripcio@aecad.org o al fax: 902 998 395**

www.aecad.org - info@aecad.org - tel. 902 998 295 - fax 902 998 395
Edifici Cooperatives del Mar Moll Pesquer, s/n. 08350 - Arenys de Mar

QUOTES ASSOCIATIVES

Associats amb el mateix NIF o CIF fins a un màxim de dos centres de treball, la quota a aportar a l'Associació serà de 25,00.-€ mensuals per NIF o CIF.

Associats amb el mateix NIF o CIF a partir del tercer centre de treball o successius, la quota a aportar a l'Associació serà de 10,00.-€ mensuals per centre suplementari a partir del tercer. Per exemple: una empresa amb tres centres dentals sota el mateix NIF o CIF, aportarà a l'Associació 25,00.-€ + 10,00.-€.

Associats que pertanyen a cadenes empresarials, franquícies o d'altres formes d'agrupació comercial, que agrupin un número superior a 6 centres de treball, independentment del NIF o CIF sota el que s'agrupin, la quota que han d'aportar a l'Associació és de 30,00.-€ mensuals per centre, més un càrrec de 5 € mensuals si el centre disposa de fins a 4 equipaments dentals, i a partir del 5è equipament dental, 5 € mensuals addicionals per equipament dental fins a una quota màxima de 65 € mensuals.

Associats que pertanyin a cadenes empresarials, franquícies o altres formes d'agrupació empresarial i que superin el número de 10 equipaments dentals, independentment del NIF o CIF sota el que s'agrupin, la quota associativa és de 65 € mensuals pels 10 primers equipaments dentals, amb un càrrec de 10 € mensuals per cada 10 equipaments dentals, fins a un màxim de 100 € mensuals.

Els ASSOCIATS JOVES, durant els 3 primers anys de postgraduat, la quota serà gratuïta. Per ser considerats "associat jove" caldrà tenir una edat màxima en el moment de l'inscripció no superior a 30 anys, sent indispensable presentar en el moment de l'inscripció l'aval de dos socis ordinaris de l'Associació.

Totes aquestes quotes s'abonaran mitjançant domiciliació bancària, podent gaudir d'un descompte si es fan pagaments semestrals o anuals avançats, en el cas de pagament semestral s'aplicarà el 3% de descompte, i en el cas de pagament anual s'aplicarà el 5% de descompte.

L'associat sotasignat, coneix i reconeix que accepta el compromís de pertànyer a l'Associació Empresarial de Clínicas Dentals de Catalunya (AECAD), per un període d'un any natural des del moment de la seva adhesió, independentment de la forma de pagament escollida. En el cas de que passat aquest període no vulgués continuar pertanyent a AECAD, haurà de comunicar-ho per escrit amb una antel·lació de 30 dies abans del venciment.

Oscar Ballester Palacios
Tresorer AECAD

SOL·LICITUD D'ADHESIÓ**DADES DEL CENTRE PRINCIPAL**

Data

· Nom de la Clínica	<input type="text"/>				
· Nom Fiscal	<input type="text"/>				
· NIF o CIF	<input type="text"/>				
· Adreça	<input type="text"/>				
· Codi Postal	<input type="text"/>	· Població	<input type="text"/>	· Província	<input type="text"/>
· Telèfon fix	<input type="text"/>	· Mòbil	<input type="text"/>	· Fax	<input type="text"/>
· Email	<input type="text"/>				

DADES DEL RESPONSABLE

· Nom	<input type="text"/>	· DNI	<input type="text"/>		
· Adreça	<input type="text"/>				
· Codi Postal	<input type="text"/>	· Població	<input type="text"/>	· Província	<input type="text"/>
· Any Llicenciatura	<input type="text"/>	· N ^o Col·legiat COEC	<input type="text"/>		

ALTRES DADES

· IBAN	<input type="text"/>	· Compte Bancari	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
· Forma de pagament	<input type="checkbox"/>	· Mensual	<input type="checkbox"/>	· Semestral	<input type="checkbox"/>	· Anual
· Observacions	<input type="text"/>					

· Signatura Responsable Centre i Segell

L'associat sotasignat, coneix i reconeix que accepta el compromís de pertànyer a l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD) per un període d'un any natural des del moment de la seva adhesió, independentment de la forma de pagament escollida. En el cas de que passat aquest període no volgués continuar pertanyent a AECAD, haurà de comunicar-ho amb una antel·lació de 30 dies abans del venciment.

En compliment de la legislació vigent sobre protecció de dades personals, consento que les dades que hi figuren en aquest full puguin ser utilitzades per l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD), per ús intern, així com pel seu ús a Internet (protegit i no públic), tanmateix consento a la cessió de les dades anteriors a les empreses patrocinadores de AECAD. Sé que puc revocar en qualsevol moment aquesta autorització, i que puc exercir el dret d'accés, rectificació i en les condicions legalment establertes enviant un mail a: aecad@aecad.org, indicant la meua decisió.

AVAL ASSOCIAT JOVE

Els sotasignats, com a Associats Ordinaris de l'entitat Associació Empresarial Clínicas Dentals de Catalunya AECAD donen el següent Aval al Sr. Dr. amb DNI _____ com "ASSOCIAT JOVE" per a què pugui gaudir dels avantatges que s'estableixen els estatuts interns de l'Associació.

DADES ASSOCIAT JOVEData

- Nom
- DNI
- Signatura

DADES PRIMER AVAL

- Nom
- DNI · Nº AECAD
- Signatura

DADES SEGON AVAL

- Nom
- DNI · Nº AECAD
- Signatura