

**SFC-SQM Madrid. Asociación de Afectados por Síndrome de Fatiga Crónica y por Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple de la C. de Madrid.**

Nombre Apellidos

NIF Correo electrónico

Tipo de vía Dirección Nº Piso

Localidad Provincia C.P

Teléfono fijo Teléfono móvil Otro teléfono de contacto

**SOLICITA A LA JUNTA DIRECTIVA DE SFC-SQM DE MADRID SER ADMITIDO COMO SOCIO/A.**

**Tipo de socio**  **Cuota** **semestral** **Como nos has conocido**

 **SOCIO DIAGNÓSTICADO DE:**  **32€ POR INTERNET**

 **SFC SQM POR FAMILIAR O AMIGO**

**Tiene** **además: EHS Fibromialgia POR LA PRENSA/RADIO**

**(Adjuntar informe médico) POR FACEBOOK**

 **SOCIO COLABORADOR 32€ POR TWITER**

 **(amigo/familiar del socio que le presenta: OTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

 **SOCIO SIMPATIZANTE 17€**

 **FIRMA DEL SOCIO/A**

***ORDEN DE DOMICILIACIÓN ADEUDO DIRECTO SEPA CORE***

Emisor o acreedor: SFC-SQM MADRID

Identificador de emisor: ES35000G86048444

Dirección emisor: Apdo. de Correos 82004. 28080 MADRID ESPAÑA

Referencia única de mandato: Semestral

**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 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 en que se realizó el adeudo en su cuenta.

TITULAR DE LA CUENTA NIF

IBAN ENTIDAD OFICINA D.C Nº CUENTA

Tipo de pago: recurrente único semestral

Recibo semestral de asociados. Cualquier modificación de la periodicidad del recibo firmada con **SFC-SQM MADRID** debe conllevar un previo consentimiento por escrito o correo electrónico por parte del deudor.

Firmado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ **Firma del titular**

Nota: Su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato.

**EL SOLICITANTE DEBE ADJUNTAR:**

Fotocopia del DNI.

Comprobante del ingreso correspondiente al semestre en curso de la cuota elegida.

Copia de informe diagnóstico los socios diagnosticados.

**Por favor, devolver este original firmado a SFC-SQM Madrid por correo ordinario a la dirección abajo indicada, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.**

*Los datos facilitados forman parte de un fichero propiedad de SFC-SQM MADRID (Inscrita en el registro de Asociaciones de la Comunidad de Madrid, Sección Primera, con el nº31498), pudiendo comprobarlos, rectificarlos o cancelarlos dirigiéndose a: Asociación SFC-SQM MADRID. Apartado de correos 82004- 28080 Madrid o a la dirección de correo electrónico:* *sfcsqmmadrid@gmail.com* *. El socio/a autoriza la realización de fotografías durante las actividades de la Asociación y su utilización para la difusión de las mismas.*