

Nº colaborador/a

NOMBRE Y APELLIDOS	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Sí, deseo hacerme colaborador/a de APNAV con mi ayuda económica, para alcanzar los fines lícitos y no lucrativos que pretende.

IMPORTE: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

ACREEDOR

REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN:		
IDENTIFICADOR DEL ACREEDOR:		
NOMBRE DEL ACREEDOR Asociación de Padres de Personas con Autismo (APNAV)		
DOMICILIO Tres Cruces, 67 bajo	LOCALIDAD Valencia	C.P. 46014
PROVINCIA Valencia	PAIS España	

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) a la Asociación de Padres de Personas con Autismo (APNAV) 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 de APNAV. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

DEUDOR

NOMBRE DEL DEUDOR		
DOMICILIO	LOCALIDAD	C.P.
PROVINCIA	PAIS	
SWIFT BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
NÚMERO DE CUENTA - IBAN		
<input type="text"/> E <input type="text"/> S <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
TIPO DE PAGO: <input type="checkbox"/> RECURRENTE <input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO		
Fecha	Localidad	Firmado

RELLENAR TODOS LOS CAMPOS

[Guardar formulario](#)

APNAV · Avenida Tres Cruces, 67 bajo · 46014 Valencia

Los datos personales van a formar parte de un tratamiento titularidad de ASOCIACIÓN VALENCIANA DE PADRES DE PERSONAS CON AUTISMO (APNAV) y van a ser tratados para la finalidad de GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN, GESTIÓN DE LA RELACIÓN CON LOS/LAS SOCIOS/AS. ENVÍO DE INFORMACIÓN. El criterio establecido para la conservación de sus datos es el plazo de prescripción de acciones. La legitimación del tratamiento nace del contrato celebrado y del consentimiento, en su caso, el cual es siempre revocable. Tiene a su disposición el ejercicio de los derechos de acceso incluido el derecho a obtener copia de los datos personales objeto de tratamiento, rectificación, oposición, supresión o borrado en su caso y limitación del tratamiento, mediante un escrito ante el responsable del tratamiento a la siguiente dirección: Avda. Tres Cruces 67, 46014 Valencia.

El/la colaborador/a recibirá vía correo electrónico la certificación de la donación que le permite desgravarla en la declaración de la RENTA