



Asociación Iberoamericana de Ortodontistas
Formulario para actualización de datos

Nombre y Apellidos: _____
D.N.I. o N.I.F: _____

Consultorio principal:

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
País: _____ Teléfono: _____ (Código de país, código ciudad, teléfono)
Email: _____ Web: _____

Segundo Consultorio:

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
País: _____ Teléfono: _____ (Código de país, código ciudad, teléfono)
Email: _____ Web: _____

Nacionalidad: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____

Estudios de Odontología por la Universidad de: _____
de _____ (País). Fecha de graduación: _____
Título obtenido: _____

Estudios de Ortodoncia por la Universidad de: _____ de
_____ (País). Desde: _____ Hasta: _____
Título obtenido: _____



Asociación Iberoamericana de Ortodontistas
Formulario para actualización de datos

Realizo técnicas de ortodoncia:

- Edgewise standard
 Edgewise preajustado
Slot: .018" .022"
 Aparatos funcionales
 Microimplantes
 Lingual
 Alineadores

Otros: _____

- Acepto recibir información de la A.I.O. y de las actividades de la misma o asociaciones que tengan convenio con la Asociación Iberoamericana de Ortodontistas.
- Autorizo el uso de mi imagen para su publicación en la página web y redes sociales del centro en los términos y finalidades indicados.

FIRMA

FECHA

Los datos personales tratados para gestionar la relación contractual y, en su caso, remitirle información comercial por medios electrónicos, se conservarán hasta el fin de la relación, baja comercial o los plazos de retención legales. Puede ejercer sus derechos en la dirección indicada del responsable o en info@iberortodoncia.org.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación: PAGO ANUAL AIO

Identificación del acreedor: ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE ORTODONCISTAS, A.I.O.

Nombre del acreedor: ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE ORTODONCISTAS, A.I.O.

Dirección: Calle Villanueva, 11

Código Postal – Población – Provincia: 28001 Madrid, Madrid

País: ESPAÑA

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 del adeudo en su cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del deudor:

Titular/es de la cuenta de cargo

Dirección del deudor:

Código Postal – Población – Provincia:

País del deudor:

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)

Número de cuenta – IBAN

Tipo de pago:

Pago recurrente

Pago único

Fecha – Localidad: _____

Firma del deudor: