

**IMPRESO PARA ASOCIARSE****DATOS DE LA EMPRESA**

| | | |
|--|----------------|----------------------------------|
| Razón Fiscal: | | |
| Nombre Comercial: | | |
| CIF/NIF: | Nº Seg.Social: | Fecha de creación de la empresa: |
| Dirección Fiscal: | | |
| CP: | Población: | Provincia: |
| Dirección de envío de correspondencia: (si es diferente de la Dirección Fiscal) | | |
| CP: | Población: | Provincia: |
| Teléfono: | Fax: | E-mail: |
| Página Web: | | |
| Persona Responsable: | | |
| DNI: | Cargo: | |
| Número de Trabajadores: | Asociación: | |
| Actividad Principal: | | |

INFORMACION COMERCIAL

| | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| Otras actividades (código CNAE): | | | | |
| Productos y/o Servicios: | | | | |
| Marcas: | | | | |
| Medios de Producción: | | | | |
| Certificaciones: | <input type="checkbox"/> ISO 9000 | <input type="checkbox"/> ISO 14000 | <input type="checkbox"/> OSHAS 18001 | Otras: |
| Autoriza a Femeval el envío de información por E-mail: | | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | |
| Autoriza a publicar los datos de la empresa en el Directorio de empresas de la Web Femeval: | | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO | |

DOMICILIACIÓN BANCARIA**Es obligatorio rellenar formulario anexo y enviarlo debidamente firmado y sellado por correo postal a FEMEVAL**

| | | | |
|--------------------|------------|------------|--|
| Banco: | Nº IBAN: | | |
| Dirección Oficina: | | | |
| CP: | Población: | Provincia: | |

Declara haber recibido los Estatutos de FEMEVAL y el Código de Buen Gobierno de la misma y, en virtud de lo dispuesto en el artículo 10 de los citados estatutos sociales, manifiesta expresamente el acatamiento de los mismos y de las normas dictadas en su desarrollo, así como la voluntad de cumplir los acuerdos adoptados válidamente por los órganos de gobierno de la Federación. Declara igualmente haber recibido los Estatutos de la Asociación a la que, en su caso, queda incorporada en función de su actividad principal, comprometiéndose asimismo a acatarlos, cumpliendo las normas que pudieran desarrollarlos así como los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno de la Asociación en cuestión.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos que han sido recabados son objeto de tratamiento automatizado, y la cumplimentación de estos implica el consentimiento expreso del titular de los mismos, autorizando el tratamiento de dichos datos personales incorporados en la solicitud, y su inclusión en los correspondientes ficheros de la Federación Empresarial Metalúrgica Valenciana (FEMEVAL) para su tratamiento de acuerdo con los fines propios de dicha organización. Asimismo, el titular de los datos, presta su consentimiento expreso para que estos puedan ser comunicados o cedidos a terceros en virtud de convenios de colaboración, acuerdos o cualquier otra actividad que, en el marco de las funciones que a Femeval le son propias, pueda esta organización estipular con terceros. El titular de los datos podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable FEMEVAL, en la siguiente dirección: Av. Blasco Ibáñez, 127 – 46022 Valencia.

| | |
|--|-----------------------------|
| Fecha: | Firma y sello de la Empresa |
| Remitir a FEMEVAL una copia firmada y sellada de este documento | |

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación _____
Mandate reference

Identificador del acreedor **ESG46102539**
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / *Creditor's name* **FEDERACIÓN EMPRESARIAL METALÚRGICA VALENCIANA**

Dirección / *Address* **AV BLASCO IBAÑEZ 127**

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town* **46022 VALENCIA VALENCIA**

País / *Country* **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 de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nombre del deudor/es / *Debtor's name*
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / *Address of the debtor*

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town*

País del deudor / *Country of the debtor*

Swift BIC / *Swift BIC*

Número de cuenta - IBAN / *Account number - IBAN*

Tipo de pago: Pago recurrente o Pago único
Type of payment Recurrent payment or One-off payment

Fecha – Localidad:
Date - location in which you are signing

Firma del deudor:
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA POR CORREO POSTAL A FEMEVAL.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.