



ASSOCIACIÓ EMPRESARIAL DE CENTRES D'ASSISTÈNCIA DENTAL

## **SOL·LICITUD ADHESIÓ**

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

[www.aecad.org](http://www.aecad.org) | [info@aecad.org](mailto:info@aecad.org) | **T** 902 998 295 | **F** 902 998 395  
Edifici Cooperatives del Mar Moll Pesquer, s/n. 08350 Arenys de Mar

## PRESENTACIÓ

Benvolgut/da Dr./Dra.;

AECAD® (Associació Empresarial de Clínicas Dentals de Catalunya), va néixer l'any 2010 com la Patronal de les Clínicas Dentals de Catalunya, per defensar els interessos de les Clínicas i Centres Dentals Privats tradicionals, enfront de les situacions actuals del nostre mercat.

Des d'AECAD® hem impulsat tota una sèrie de serveis, als quals s'hi pot accedir segons la modalitat de soci que s'esculli. Tot seguit us oferim un quadre resum d'aquests serveis:

## SERVEIS 2018

	SOCI PREMIUM	SOCI ADHERIT	SOCI JOVE
CENTRAL DE COMPRES	✓	✓	✓
BACK RETURN POINT	✓	X	X
FINANÇAMENT	✓	✓	✓
CALL CENTER FINANÇAMENT	GRATUÏT <b>IL-LIMITAT</b>	GRATUÏT <b>LIMITAT*</b>	GRATUÏT <b>LIMITAT*</b>
QUADRE MÈDIC ODONTOCAD	✓	X	X
FIDELITZACIÓ PACIENTS ODONTOCAD	✓	X	X
SERVEIS DE FIDELITZACIÓ	DESCOMPTE <b>-25%</b>	DESCOMPTE <b>-10%</b>	DESCOMPTE <b>-10%</b>
BORSA DE TREBALL	ÚS <b>IL-LIMITAT</b>	<b>LIMITAT</b> DUES INSERCIONS A L'ANY	ÚS <b>IL-LIMITAT</b>
SERVEIS DE SELECCIÓ DE PERSONAL	DESCOMPTE <b>-10%</b>	DESCOMPTE <b>-5%</b>	DESCOMPTE <b>-5%</b>
PERMANÈNCIA	<b>ANUAL NATURAL</b>	<b>ANUAL NATURAL</b>	<b>ANUAL NATURAL</b>
CADUCITAT	<b>MAI</b>	<b>DOS ANYS</b>	<b>3 ANYS</b> POSTERIOR AL GRAU / MÀSTER O POSTGRAU
DRETS SOCIALS	DRET A VEU I VOT	DRET A VEU	DRET A VEU
	<b>25€/MES</b>	<b>0€/MES</b>	<b>0€/MES</b>

Hem creat tres tipus de categories de socis que seguidament expliquem:

**Soci Premium:** Té dret a tots els serveis i fa efectiva una quota mensual de 25 euros, que 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.

**Soci Adherit:** és una modalitat de soci que dura obligatòriament 2 anys, i no té cost econòmic. Es gaudeix dels serveis i condicions especificats en el quadre resum. Transcorreguts aquests 2 anys o bé passa a ser soci Premium o bé deixa de ser soci. Haurà d'escollir.

**Soci Jove:** Els Associats Joves, durant els 3 primers anys després del Grau/Màster o Postgraduat, la quota serà gratuïta. Per ser considerat "associat jove" caldrà tenir una edat màxima en el moment de la inscripció no superior a 30 anys, sent indispensable presentar en el moment de la inscripció l'aval de dos socis ordinaris de l'Associació. Transcorreguts aquests 3 anys o bé passa a ser soci Premium o bé deixa de ser soci. Dins aquesta categoria s'inclouen els joves estudiants de pregrau d'Odontologia de la UB i la UIC.

A la web: [www.aecad.org](http://www.aecad.org) podrà trobar més informació, així com els diferents models de sol·licitud i les condicions per fer-se soci de l'Associació. Quedo a la seva disposició davant de qualsevol dubte o aclariment. Atentament,

Joan Josep Guarro Miquel  
President d'AECAD®

## QUOTES ASSOCIATIVES 2018

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.

És a dir, l'Associat amb tres centres dentals sota el mateix NIF o CIF, aportarà a l'Associació mensualment 25,00.-€ + 10,00.-€ pel 3r centre + 10,00.-€ pel 4t. centre, etc. Associats amb diferents NIF o CIF, però amb un mínim d'un 60% de coincidència amb l'accionariat, la quota a aportar a l'Associació serà de 25,00.-€ mensuals, pel primer centre, i els successius tindran un 50% de descompte de la quota associativa, mentre sigui vigent la coincidència accionarial d'un mínim del 60% amb el primer centre o centre matriu.

És a dir, l'Associat aportarà mensualment 25,00.-€+ 12,75.-€ per cada un dels centres successius. 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 hi 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. És a dir:

Import mensual x centre	Número equipaments	Import mensual a afegir	TOTAL IMPORT MENSUAL
30,00.-€	3	0,00.-€	30,00.-€
30,00.-€	4	5,00.-€	35,00.-€
30,00.-€	5	10,00.-€	40,00.-€
30,00.-€	6	15,00.-€	45,00.-€
30,00.-€	7	20,00.-€	50,00.-€
30,00.-€	8	25,00.-€	55,00.-€
30,00.-€	9	30,00.-€	60,00.-€
30,00.-€	10 o més	35,00.-€	65,00.-€

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 175 € mensuals. És a dir:

Import mensual x centre	Número equipaments	Import mensual a afegir	TOTAL IMPORT MENSUAL
65,00.-€	10	0,00.-€	65,00.-€
65,00.-€	11	10,00.-€	75,00.-€
65,00.-€	12	20,00.-€	85,00.-€
65,00.-€	13	30,00.-€	95,00.-€
65,00.-€	14	40,00.-€	105,00.-€
65,00.-€	15	50,00.-€	115,00.-€
65,00.-€	16	60,00.-€	125,00.-€
65,00.-€	17	70,00.-€	135,00.-€
65,00.-€	18	80,00.-€	145,00.-€
65,00.-€	19	90,00.-€	155,00.-€
65,00.-€	20	100,00.-€	165,00.-€
65,00.-€	21 o més	110,00.-€	175,00.-€

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 la inscripció no superior a 30 anys, sent indispensable presentar en el moment de la 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 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 que passat aquest període no vulgués continuar pertanyent a AECAD®, haurà de comunicar-ho per escrit amb una antelació de 30 dies abans del venciment.

Cristian Paeckel Pascual  
Tresorer AECAD®

**SOL·LICITUD D'ADHESIÓ - SOCI/A PREMIUM**

**DADES DEL CENTRE PRINCIPAL**

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"/>	Núm. Col·legiat COEC	<input type="text"/>		
Telèfon Fix	<input type="text"/>	Mòbil	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>				

**SOL·LICITUD D'ADHESIÓ - SOCI/A PREMIUM**

ALTRES DADES

IBAN

Compte Bancari

Forma de pagament

Mensual

Semestral

Anual

Observacions

Signatura Responsable Centre i Segell

Data

L'associat sotasignat, coneix i reconeix que accepta el compromís de pertànyer a l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) per un període de tres anys naturals des del moment de la seva adhesió posteriors al Grau / Màster o Postgrau. En el cas que passat aquest període no volgués continuar pertanyent a AECAD®, haurà de comunicar-ho amb una antelació de 60 dies abans del venciment.

Autoritza que les seves dades personals siguin tractades per l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) i qualsevol empresa del grup, per a l'enviament de comunicacions comercials, així com realitzar accions publicitàries o promocionals i mantenir-lo informat sobre altres productes o serveis propis o de tercers per correu electrònic o qualsevol altre sistema de comunicació electrònica similar, dels sectors de la medicina, educació, hotelier, financer, distribució, esportiu, viatges, assegurances, ONG, editorial, automoció, ocupació, immobiliari, meteorologia venda a distància, legal, salut, oci, administració, electrònic i de telecomunicacions.

Si no consent en l'ús de les seves dades marqui la següent casella

Si no desitja rebre comunicacions comercials de tercers marqui la següent casella

Pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®), amb CIF G65396244 a l'adreça Edifici Cooperatives del Mar Moll Pesquer, s/n. 08350 - Arenys de Mar, mitjançant sol·licitud escrita acompanyada de còpia del DNI. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal".

**SOL·LICITUD D'ADHESIÓ - SOCI/A ADHERIT**

**DADES DEL CENTRE PRINCIPAL**

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"/>	Núm. Col·legiat COEC	<input type="text"/>		
Telèfon fix	<input type="text"/>	Mòbil	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>				
Signatura Responsable Centre i Segell				Data	<input type="text"/>

L'associat sotasignat, coneix i reconeix que accepta el compromís de pertànyer a l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) per un període de tres anys naturals des del moment de la seva adhesió posteriors al Grau / Màster o Postgrau. En el cas que passat aquest període no volgués continuar pertanyent a AECAD®, haurà de comunicar-ho amb una antelació de 60 dies abans del venciment.

Autoritza que les seves dades personals siguin tractades per l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) i qualsevol empresa del grup, per a l'enviament de comunicacions comercials, així com realitzar accions publicitàries o promocionals i mantenir-lo informat sobre altres productes o serveis propis o de tercers per correu electrònic o qualsevol altre sistema de comunicació electrònica similar, dels sectors de la medicina, educació, hoteler, financer, distribució, esportiu, viatges, assegurances, ONG, editorial, automoció, ocupació, immobiliari, meteorologia venda a distància, legal,, salut, oci, administració, electrònic i de telecomunicacions.

Si no consent en l'ús de les seves dades marqui la següent casella

Si no desitja rebre comunicacions comercials de tercers marqui la següent casella

Pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®), amb CIF G65396244 a l'adreça Edifici Cooperatives del Mar Moll Pesquer, s/n. 08350 - Arenys de Mar, mitjançant sol·licitud escrita acompanyada de còpia del DNI. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal".



**SOL·LICITUD D'ADHESIÓ - SOCI/A JOVE**

**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"/>	Núm. Col·legiat COEC	<input type="text"/>
Universitat	<input type="text"/>		
Telèfon fix	<input type="text"/>	Mòbil	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

En cas de ser actualment estudiant indicar universitat:

UB	<input type="text"/>	UIC	<input type="text"/>
Any que cursa	<input type="text"/>		
Signatura	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>

L'associat sotasignat, coneix i reconeix que accepta el compromís de pertànyer a l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) per un període de tres anys naturals des del moment de la seva adhesió posteriors al Grau / Màster o Postgrau. En el cas que passat aquest període no volgués continuar pertanyent a AECAD®, haurà de comunicar-ho amb una antelació de 60 dies abans del venciment.

Autoritza que les seves dades personals siguin tractades per l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®) i qualsevol empresa del grup, per a l'enviament de comunicacions comercials, així com realitzar accions publicitàries o promocionals i mantenir-lo informat sobre altres productes o serveis propis o de tercers per correu electrònic o qualsevol altre sistema de comunicació electrònica similar, dels sectors de la medicina, educació, hoteler, financer, distribució, esportiu, viatges, assegurances, ONG, editorial, automoció, ocupació, immobiliari, meteorologia venda a distància, legal,, salut, oci, administració, electrònic i de telecomunicacions.

Si no consent en l'ús de les seves dades marqui la següent casella

Si no desitja rebre comunicacions comercials de tercers marqui la següent casella

Pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant l'Associació Empresarial Clíniques Dentals de Catalunya (AECAD®), amb CIF G65396244 a l'adreça Edifici Cooperatives del Mar Moll Pesquer, s/n. 08350 - Arenys de Mar, mitjançant sol·licitud escrita acompanyada de còpia del DNI. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal".

### 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 JOVE

Data

Nom

DNI

Signatura

#### DADES PRIMER AVAL

Nom

DNI

Núm. AECAD®

Signatura

#### DADES SEGON AVAL

Nom

DNI

Núm. AECAD®

Signatura

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA B2B

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

### Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.  
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

#### Identificador del acreedor

Creditor Identifier

:

Dato facilitado por su entidad.

#### Nombre del Acreedor

Creditor's Name

: \_\_\_\_\_

#### Dirección

Address

: \_\_\_\_\_

#### Código Postal –Población

Postal Code- City

: \_\_\_\_\_

#### Provincia – País

Town-Country

: \_\_\_\_\_

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. 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.

By signing this mandate form, you authorize (A) {NAME OF 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 {NAME OF CREDITOR}. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.

A cumplimentar por el deudor /to be completed by the debtor

#### Nombre del deudor/es

Name of the debtor(s)

: \_\_\_\_\_

(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

#### Dirección del deudor

Address of the debtor

: \_\_\_\_\_

#### Código postal - Población

Postal code and city of the debtor

: \_\_\_\_\_

#### Provincia - País del deudor

Town- Country of the debtor

: \_\_\_\_\_

#### Swift-BIC del banco deudor

Swift-BIC of the debtor bank

:

#### Número de cuenta- IBAN

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES

Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

#### Tipo de pago

Type of payment

:  Pago recurrente

Recurrent payment

or

Pago único

One/off payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

#### Fecha - Localidad

Date, location in which you are signing

: \_\_\_\_\_

#### Firma/s del deudor/es

Signature(s) of the debtor(s)

: \_\_\_\_\_

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

LA ENTIDAD DE DEUDOR REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS B2B.

EL DEUDOR PODRÁ GESTIONAR DICHA AUTORIZACIÓN CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICIÓN.