

**DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN ACREDITADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINACIÓN SOCIAL |  | | | | | | | | |
| CIF |  | FECHA AUTORIZACIÓN Y NUMERO DE INSCRIPCIÓN COMO CENTRO EN EL RNSP | | | |  | | | |
| DIRECCIÓN |  | | | | PORTAL | |  | PISO |  |
| POBLACIÓN |  | | | | | | | | |
| PROVINCIA |  | | | | C.P. | |  | | |
| TELÉFONO |  | | FAX | | |  | | | |
| E-MAIL |  | | | WEB |  | | | | |

**REPRESENTANTE AUTORIZADO ANTE ASEFOSP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  | | |
| NIF |  | | |
| TELÉFONO DE CONTACTO (1) |  | TELÉFONO MÓVIL (2) |  |

**AUTORIZACION DOMICILIACION BANCARIA DE RECIBOS**

.

Don\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en representación y con poderes suficientes de la entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a ASOCIACIÓN ESTATAL DE FORMACIÓN DE SEGURIDAD PRIVADA (ASEFOSP) con CIF nº G84352186, calle Segundo Mata 6 Planta 1 Local 5, a la utilización del siguiente número de cuenta para efectuar los cargos que procedan en relación al pago de la cuota asociativa como Centro Asociado, por lo que autoriza el cargo de recibos, pago recurrente, por cualquier importe, correspondientes a los pedidos, albaranes y facturas.

Mediante la firma de este formulario de orden de domiciliación, usted autoriza a ASEFOSP a enviar órdenes a la entidad indicada debajo, para cargar en el número de cuenta indicado los recibos mensuales correspondientes a la cuota como Centro Asociado. Esta orden tiene como único fin el pago por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a ASEFOSP de la cuota de pertenencia a la Asociación en su condición de Centro Asociado

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

........................................................................................................................................... (Nombre de la entidad bancaria)

........................................................................................................................................... (Domicilio de la

Firma y sello de la entidad bancaria

**DATOS BANCARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| BANCO/CAJA |  |
| CCC | \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  ENTIDAD SUCURSAL D.C. NÚMERO DE CUENTA |
| DIRECCIÓN |  |

*Página 1 de 2*

Solicito a la Junta Directiva de la Asociación Estatal de Formación de Seguridad Privada la admisión como miembro de dicha Asociación con todos los derechos y obligaciones establecidos en los Estatutos de la Asociación y me comprometo a abonar la cuota mensual establecida, que será cobrada por la Asociación al inicio de cada mes, autorizando me sea cargada en cuenta bancaria.

Toda la información enviada desde este formulario pasará a formar parte de la base de datos de CENTROS ASOCIADOS DE ASEFOSP garantizando la confidencialidad de la misma. \*\*

***Firma y sello***

***Responsable del centro***

\*\* Documentación a aportar por fax, e-mail o correo ordinario a la dirección de la sede de

ASEFOSP, a la atención del Secretario General:

• Copia de la autorización de la Secretaría de Estado de Seguridad como Centro de

Formación de Seguridad Privada

• Logo y descripción breve para incluir en la web de ASEFOSP (soporte informático)

• Fotocopia del DNI del representante autorizado ante ASEFOSP

Para la aceptación de esta solicitud, la empresa solicitante deberá se avalada por tres empresas asociadas a ASEFOSP, que se deben ser detalladas a continuación:

EMPRESA FIRMA

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Página 2 de 2*