

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ADHESIÓN

Distinguido Sr. Presidente:

Por la presente solicitamos nuestra adhesión como miembro de la “Asociación Extremeña de Servicios de Atención a la Dependencia – AESAD”.

A éste respecto, nos gustaría suscribir el compromiso de colaborar con los fines de la Asociación y cumplir con el resto de deberes derivados de la condición de miembro, recogidos en sus Estatutos y Reglamento Interno, así como aceptar y respetar el Código de Buenas Prácticas.

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	
C.I.F. / N.I.F	
DIRECCIÓN DE LA SEDE SOCIAL EN EXTREMADURA (Completa)	
NÚMERO DE EMPLEADOS DE LA EMPRESA	
TELÉFONO	
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	
PÁGINA WEB DE LA EMPRESA	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	
AREAS DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA Indique con una X las áreas en las que trabaja la Empresa/Entidad, ADEMÁS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	Prevenición de Riesgos para la Salud <input type="checkbox"/>
	Fomento y Mantenimiento de la Salud <input type="checkbox"/>
	Educación y Formación para la Salud y el Bienestar <input type="checkbox"/>
	Asistencia Sanitaria <input type="checkbox"/>
	Mejora de la Autonomía Personal y Atención a la <input type="checkbox"/>

	Dependencia	<input type="checkbox"/>
	Venta de Productos sanitarios	<input type="checkbox"/>
	Ayudas técnicas	<input type="checkbox"/>
	Ortopedia técnica	<input type="checkbox"/>
	Mobiliario adaptado	<input type="checkbox"/>
	Turismo, ocio y deporte para la salud	<input type="checkbox"/>
	Centro de Día	<input type="checkbox"/>
	Centros de atención a la dependencia	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA/ENTIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS	
D.N.I.	
CARGO	
TELÉFONO	
FAX	
TELÉFONO MÓVIL (Personal)	
CORREO ELECTRÓNICO (Personal)	

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO (Sólo en caso de ser distinta al representante legal)

NOMBRE Y APELLIDOS	
D.N.I.	
CARGO	
TELÉFONO	
TELÉFONO MÓVIL (Personal)	
CORREO ELECTRÓNICO (Personal)	

OTROS DATOS

Nº DE SOCIOS		CERTIFICADOS DE CALIDAD	
INGRESOS 2017		PATENTES/MARCAS REGISTRADAS	
INGRESOS 2018		NÚMERO DE PACIENTES QUE ATIENDE	
INGRESOS 2019		ÁREA DE I+D+I	
I.A.E.		C.N.A.E. - 93	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS DATOS	AESAD podrá divulgar la información aquí presentada sólo a los restantes miembros de la Asociación, así como ser colgados en la Web, excepto los datos de carácter personal (Personal), que serán considerados confidenciales y se reserva el uso exclusivo.	
DA SU AUTORIZACIÓN	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DA SU AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN DEL CLUSTER SOCIOSANITARIO DE EXTREMADURA	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3

El solicitante y abajo firmante, actuando en su propio nombre o como representante legal de la entidad solicitante, declara que dicha empresa/entidad se encuentra al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias o frente a la Seguridad Social y que no tiene la consideración de empresa en crisis conforme a lo dispuesto en el artículo 1 apartado 7 del Reglamento (CE) nº 800/2008, de 6 de agosto, de la Comisión en relación a las PYMEs y conforme a lo dispuesto en el apartado 2.1 de las Directrices comunitarias sobre Ayudas estatales de Salvamento y de Reestructuración de Empresas en crisis (2004/C 244/02) en relación a las Grandes Empresas, todo ello a tenor de lo establecido en el considerando 15 del Reglamento (CE) nº 800/2008, de 6 de agosto, de la Comisión.

La empresa/entidad firmante se compromete, una vez obtenida la condición de miembro, a aceptar los Estatutos y Reglamento Interno, así como aceptar y respetar el Código de Buenas Prácticas.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Fdo.:

D.N.I.:

Cargo:

Fecha:

Firma y sello de la empresa/entidad

Le rogamos envíe esta documentación, junto con una copia del C.I.F, del D.N.I del representante legal y de la persona de contacto, así como una fotografía tamaño carnet, a la siguiente dirección:

Asociación de Entidades Prestadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio de Extremadura
Cluster de la Salud – Centro de Cirugía de Mínima Invasión
Ctra. N. 521. KM. 41,8
10005 Cáceres
contacto@aesad.org